Niveau(x) d'enseignement: 6 Numéro EDUQ : 0570692
Centre d'intérêt: 851

Québec (Province) Conseil des universités.

Spécialités médicales : avis du Conseil des universités. Suivi du Rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale. -- Québec : Le Conseil, 1982.
xx, v, 405 p. ; 28 cm. -- (Avis / Conseil des universités du Québec, ISSN 0709-3985 ; 81.6)

Faux-titre: Avis du Conseil des universités au Ministre de l'éducation sur les programmes de spécialisation médicale. Code: 56-1024. Notes (part. bibliogr.) au bas des p.

Descripteur(s): *Sciences de la santé *Programme d'enseignement *Evaluation de programmes *Coordination de programmes *Médecine *Universitaire (Niveau)

Dans un avis en date de janvier 1978, le Conseil des universités requérait l'autorisation d'entreprendre une étude de rationalisation des programmes de spécialités en médecine. Sa demande ayant été agréée, le Conseil mettait sur pied, au début de 1979, un Comité mandaté pour proposer les moyens de rationaliser la formation des spécialistes à partir de l'analyse de la situation actuelle, compte tenu des besoins identifiés et des politiques nouvelles adoptées en matière de postes de résidence. Le Comité d'étude a déposé son rapport à l'automne 1980. Le document contient l'avis du Conseil des universités sur les programmes de spécialisation médicale, suivi du rapport du Comité d'étude sur le même sujet.

Le Comité d'étude a travaillé durant dix-huit mois. En se fondant sur une liste de critères d'appréciation de la valeur pédagogique des programmes et après avoir passé en revue chacun des 115 programmes concernés, le Comité d'étude a adressé des recommandations particulières à chacune des quatre universités intéressées. Elles visaient à corriger les diverses lacunes constatées, depuis la formulation des objectifs jusqu'aux modalités d'évaluation des étudiants, en passant par les critères d'admission et l'organisation des stages.

Suite à l'étude du rapport du Comité, le Conseil des universités propose: 1. que chacune des universités veille à l'évaluation périodique de ses programmes; 2. qu'un mécanisme d'évaluation-réseau s'applique périodiquement à l'ensemble des programmes; 3. que des études de besoins soient complétées, lesquelles tiendraient compte des paramètres de planification des effectifs médicaux et d'organisation des services cliniques hospitaliers; 4. que les conclusions de ces études soient appliquées pour la rationalisation du développement de chaque spécialité; 5. qu'une attention particulière soit accordée à la possibilité de mise sur pied de programmes "associés".

Type de document: m

EDUQ 8570692

...ernement du Québec
Conseil
des universités

Spécialités médicales

**Avis du Conseil des universités
suivi du rapport du Comité d'étude sur la rationalisation
des programmes de spécialisation médicale**

EDUQ 8570692

S P E C I A L I T E S M E D I C A L E S

AVIS DU CONSEIL DES UNIVERSITES

suivi du

RAPPORT DU COMITE D'ETUDE SUR LA RATIONALISATION
DES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE

AVIS DU CONSEIL DES UNIVERSITES AU MINISTRE DE L'EDUCATION SUR LES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE

Avis n° 81.6
Dépôt légal - 1er trimestre
ISSN - 0709-3985
Québec, le 22 janvier 1982

INTRODUCTION

Dans un avis en date de janvier 1978, relatif aux programmes d'études en sciences de la santé,[1] le Conseil des universités requérait du ministre de l'Education l'autorisation d'entreprendre une étude de rationalisation des programmes de spécialités en médecine présentement dispensés au sein du réseau universitaire.

Sa demande ayant été agréée, le Conseil mettait sur pied, en début de 1979, un comité mandaté pour "proposer les moyens de rationaliser la formation des spécialistes en médecine à partir de l'analyse de la situation actuelle de la formation, compte tenu des besoins identifiés et des politiques nouvelles adoptées en matière de postes de résidence".

Ce comité d'étude, actif durant dix-huit mois, a déposé son rapport au Conseil à l'automne 1980. Au terme d'une large consultation conduite auprès des établissements et organismes intéressés et après discussion du document lors de deux de ses séances régulières, le Conseil a l'honneur d'adresser au ministre de l'Education un avis sur les programmes de spécialisation médicale, suivi du rapport du comité d'étude sur le même sujet.

---

(1) Avis no. 77.10

1- La formation universitaire dans les programmes de spécialités médicales

Il y a maintenant plus de dix ans que les programmes de résidence en médecine ont été placés sous l'autorité des universités. Encore que cette décision administrative ait pu se solder par maints changements positifs au plan de l'organisation et du financement des programmes de formation considérés, il n'apparaît pas qu'elle ait donné à ce jour tous les fruits qui en étaient escomptés. C'est en tout cas la première conclusion qu'il faut tirer du rapport du comité d'étude.

Il convient de signaler que déjà, dans des avis de 1976 et de 1978, le Conseil, faisant écho aux constatations posées par différents organismes d'évaluation[1] et à des recommandations formulées dans le cadre de ses propres avis plusieurs années auparavant,[2] invitait de façon pressante les universités à "exercer un contrôle plus strict sur les enseignements de spécialisations en médecine, notamment en ce qui a trait à l'approbation et à l'évaluation des programmes, à la description officielle de ceux-ci, à l'attribution d'un diplôme à la fin des études, aux problèmes de définition de tâches et de rémunération des enseignants".[3]

---

(1) Entre autres, le comité de l'Opération Sciences de la santé, responsable de l'étude des programmes d'internat et de résidence. Voir Dossier OSS no. 5, juillet 1974, et aussi le rapport du comité des études médicales de la Corporation professionnelle des médecins, en date d'avril 1976.

(2) Avis en date du 12 octobre 1971 sur les programmes d'internat et de résidence, avis du 8 juillet 1974 sur le financement du programme internes et résidents.

(3) Avis no. 77.10, p. 16.

Le rapport du présent comité reprend grosso modo les mêmes recommandations mais d'une façon beaucoup plus étayée et spécifique. Ainsi, en se fondant sur une liste très ample de critères d'appréciation de la valeur pédagogique des programmes,[1] après avoir dûment passé en revue l'ensemble des programmes, le comité d'étude adresse une série de recommandations particulières à chacune des quatre universités intéressées, ayant trait à l'un ou l'autre des 115 programmes concernés, en vue de corriger les lacunes constatées au sein de ceux-ci i.e. de la formulation des objectifs jusqu'aux modalités d'évaluation des étudiants, en passant par les critères d'admission, l'organisation des stages, les modes de promotion, etc.

Chaque université se voit donc invitée, une nouvelle fois, à réaliser ou à poursuivre l'intégration des programmes de spécialisation médicale au sein de ses structures normales de formation; elle peut cependant compter cette fois-ci sur des indications beaucoup plus précises et plus spécifiques que ce n'avait été le cas auparavant. Le Conseil croit que les données fort pertinentes réunies dans le rapport pourront aider éventuellement à clarifier les bases du dialogue entre les divers agents impliqués dans le développement des programmes concernés et que ces données représenteront un guide fort utile aux fins du suivi des démarches posées par les universités en vue de corriger les lacunes identifiées et d'affermir le fonctionnement de leurs programmes.

Le président du comité d'étude, à la suite des réactions au rapport de son comité, écrivait au Conseil que le comité avait "été

---

(1) Chapitre 3 du rapport du comité d'étude.

tenté de soulever que l'incapacité, presque universelle, devant laquelle se retrouvent les programmes (de spécialité médicale) de remplir les critères cités, a considérablement diminué la possibilité qu'il y ait au Québec des programmes d'un niveau tel que l'on ne puisse ni les retrancher, ni les modifier, à cause même de leur excellence". Une telle observation provenant de personnes hautement qualifiées est très significative. Elle rejoint bien les préoccupations du Conseil. Aussi faut-il souhaiter que les universités fassent diligence dans la prise en charge totale de ces programmes et dans la correction des lacunes identifiées.

2- La rationalisation des programmes de spécialités médicales

Plus que les recommandations voulant promouvoir l'intégration et une meilleure gestion académique des programmes, ce sont les propositions du comité concernant la rationalisation des ressources dévolues au secteur des spécialités médicales qui ont suscité chez les intéressés le plus de commentaires et d'interrogations. Pareilles réactions n'ont rien en soi pour étonner, surtout si l'on considère le fait que le travail de rationalisation du comité, par l'ampleur du domaine qu'il touche - 115 programmes dispensés par quatre universités dans 32 spécialités différentes - autant que par sa portée, représente une des opérations les plus importantes en son genre réalisée au sein de l'enseignement supérieur québécois.

Sur un problème de dispersion des activités et des ressources dont plusieurs rapports avaient déjà relevé l'acuité, le comité pose un diagnostic bien documenté et y va de recommandations d'ensemble suffisamment réalistes et prudentes pour emporter l'adhésion. Le Conseil,

en cela, ne partage donc pas le point de vue de plusieurs répondants à la consultation qui ont cru devoir contester la valeur méthodologique et la sagesse des jugements du comité.

Loin d'avoir été déraisonnable, le comité, dans son analyse et dans ses conclusions, paraît avoir fait preuve de circonspection. Certes il eut été désirable que, pour mieux asseoir ses propositions de rationalisation, le comité applique aussi les critères de besoins et de coûts de formation; il s'en est surtout tenu à des critères mesurant la valeur pédagogique des programmes selon un nombre restreint d'indices dont celui de la masse critique des ressources. Mais on ne saurait tenir rigueur au comité des limites qu'il a dû imposer à sa démarche étant donné l'ampleur de son mandat et le fait que certaines tâches lui ont été rendues impossibles par défaut de collaboration de certaines universités.

Et il faut bien dire que le comité s'est efforcé de pallier aux difficultés rencontrées de plusieurs façons:

1° d'abord en s'appuyant sur un petit nombre d'indices éprouvés comme

- le taux de fréquentation des programmes;
- la relation de ces programmes de spécialités aux autres programmes;
- le nombre nécessaire de résidents pour maintenir les effectifs professionnels actuels;
- les résultats aux examens de certification;

qu'il a appliqués avec grande prudence, en ne retenant que les cas extrêmes i.e. les programmes à peu près improductifs;

2° ensuite en y allant de solutions nuancées et au total assez conservatrices comme

- la mise en veilleuse de dix-sept programmes de spécialités sur cent quinze, ces dix-sept ne regroupant que 1% de la clientèle étudiante[1] durant la période 1975-1980;

- la réalisation immédiate de l'association de deux programmes dans 4 cas où des conditions favorables existent déjà;

- la conversion de 13 programmes de formation complète en programmes de formation partielle à la condition que soit réalisée une association avec un autre programme ou, à défaut, la mise en veilleuse de ces programmes qui n'accueillent au total que 2,9% des résidents.

Globalement, ces trois types de recommandations visent 38 programmes qui n'accueillent en tout que 5,9% de la clientèle. D'ailleurs, dans ces programmes, les postes agréés de résident ne sont occupés qu'à 26,9% (16% dans le cas des programmes dont la radiation est proposée). En outre, dans tous les cas où des mises en veilleuse sont proposées, ou même seulement envisagées si des associations n'étaient pas possibles, les capacités actuelles d'accueil des autres programmes de la

---

(1) Les étudiants étrangers inscrits dans les programmes de résidence sont exclus dans les calculs des pourcentages.

même spécialité sont à peu près suffisantes pour subvenir aux besoins de la clientèle (la radiothérapie constituant un cas particulier). Si l'on ajoute à ceci que le comité a pris soin d'éviter que ses recommandations ne causent de profondes perturbations de l'enseignement prédoctoral, on comprendra que le Conseil trouve non fondées les allégations de ceux qui prétendent que la mise en application du rapport serait susceptible de désorganiser le système d'enseignement médical. Bien au contraire, le comité a adopté une démarche empreinte de prudence, évitant d'intervenir sauf là où il pouvait constater l'existence de problèmes patents et les solutions qu'ils proposent devraient plutôt permettre l'émergence de programmes plus solides et de meilleure qualité.

Des critiques adressées par certaines universités ou certains universitaires à l'endroit du rapport, il en est que le Conseil croit non avenues: ainsi lorsque l'on s'oppose à la radiation de programmes sous prétexte que cela empêcherait la rétention de personnel professoral qualifié, tout comme si l'existence d'un programme se justifiait par les besoins du personnel plutôt que ceux des usagers. Un tel raisonnement est tout à fait en porte-à-faux. Il conduit à la multiplication des programmes et à la dispersion des ressources aux dépens de la qualité et de l'efficience. Car il est bien évident que dans les domaines hautement spécialisés, l'atteinte d'un plus haut niveau de qualité requiert une certaine concentration des effectifs professoraux et étudiants de façon à favoriser les échanges si nécessaires à la maîtrise la plus complète possible d'une spécialité. Par ailleurs, à qualité égale, il paraît clair qu'il en coûtera moins pour maintenir un programme que deux ou trois pour le même petit nombre d'étudiants. Et ce qui vient d'être dit s'applique aussi aux lieux de formation puisque trop souvent, comme le souligne le comité, on assiste à une véritable balkanisation

des programmes de résidence dans les hôpitaux affiliés, avec comme conséquence que le résident est trop souvent isolé et alors "généralement surchargé par les soins et peu motivé à réclamer des activités d'enseignement didactique".[1]

Par ailleurs, le Conseil n'est pas plus sensible qu'il ne faut à l'argument des besoins régionaux de formation, le caractère hautement spécialisé du personnel et des ressources requises interdisant toute démultiplication indue de ceux-ci, surtout qu'il est loin d'être démontré que l'existence de programmes en région ait une influence décisive sur le choix du lieu d'exercice ou sur la nature de la pratique des médecins spécialistes. Là où elle serait souhaitable, la sensibilisation des résidents aux problèmes régionaux pourrait être atteinte très efficacement par la formule des programmes associés ou encore par l'offre de stages qu'ils seraient encouragés à suivre.

Il faut en outre bien distinguer entre la mise en veilleuse d'un programme et la cessation des activités de la discipline concernée dans ce milieu. Là où des ressources adéquates existent, elles peuvent être utilisées dans le cadre de stages ou de recherches ou même d'enseignements dans des domaines voisins.

Dans cette perspective, le comité fait valoir une nouvelle formule - celle des programmes associés - qui pourrait s'avérer l'outil à la fois souple et efficace requis pour pousser plus avant la démarche de concentration des activités de formation en spécialités médicales tout en leur assurant une plus grande complémentarité. De l'avis

---

(1) Rapport du comité d'étude, p. 154.

du Conseil, cette formule - qui rejoint celle des programmes conjoints déjà existants dans d'autres domaines - pourrait s'avérer très avantageuse pourvu que soit assurée une véritable association entre les partenaires. Le comité indique d'ailleurs certaines modalités qu'il faudra respecter pour qu'il en soit ainsi.

Enfin, le comité s'est interrogé sur la situation ambiguë des programmes d'internat qui ressemblent davantage à une succession de stages qu'à un programme dont les objectifs pédagogiques seraient bien définis. Qu'il en soit ainsi n'a rien de surprenant puisque ces programmes s'adressent à des étudiants dont les préoccupations varient considérablement, certains quittant ensuite les études pour l'omnipratique, d'autres continuant dans un programme de spécialité. Le Conseil souhaite que cette question soit étudiée plus à fond par les universités dans une optique d'amélioration de la qualité et d'utilisation plus efficiente des ressources. Ne serait-il pas possible par exemple de bâtir des programmes d'internat s'adressant spécialement aux omnipraticiens? Dans un tel cas, le programme de médecine familiale ne pourrait-il être raccourci ou fusionné avec l'internat? Par ailleurs, l'année d'internat devenant intégrée aux programmes de spécialité, ne pourrait-on espérer un raccourcissement de la résidence? Le tout ne pourrait-il pas conduire à une rationalisation plus grande de l'utilisation des ressources ou à tout le moins à une amélioration de la qualité?

3- La mise en application du rapport

Le comité formule, à l'intérieur des chapitres 4 et 5 de son rapport, un certain nombre de recommandations générales dont on

trouvera la synthèse en pages 173 à 179. Elles s'adressent habituellement aux universités et dans la plupart des cas peuvent être rapidement mises en pratique pour peu qu'on veuille bien s'en donner la peine. Certaines par contre requerront de plus grands efforts ou de plus longs délais. Peut-être même sera-t-il nécessaire de procéder à des expériences pilotes. Ainsi en est-il de la recommandation 6 sur la durée des stages.

6. *la durée des stages*

(QUE soit remise en question la définition a priori
(de la durée des stages et de la durée de chacun
(des programmes de formation en spécialisation
(médicale tout en respectant les normes d'admissi-
(bilité aux examens de certification.

recommandation qui ne pourra être mise en application qu'en autant qu'existent des processus fiables d'évaluation du résident en cours de formation et des critères de promotion appropriés. Les recommandations 21 et 22 touchent à ces deux derniers points.

21. *l'évaluation du résident en cours de formation*

(QUE les quatre facultés de médecine améliorent les
(processus d'évaluation du résident en cours de
(formation en développant des instruments de mesure
(appropriés aux objectifs poursuivis tant sur le
(plan cognitif que psycho-moteur et affectif et en
(les utilisant non seulement de façon formative
(mais aussi dans un but sanctionnel.

22. *les critères de promotion*

(QUE les comités d'évaluation des différents pro-
(grammes de résidence des quatre universités procè-
(dent à l'établissement de critères de promotion du
(résident en cours de formation.

Nonobstant les recommandations auxquelles en viendra le Conseil des universités au sujet du rôle de l'université dans les formations professionnelles, le Conseil est d'avis que la recommandation 25 sur l'évaluation externe des programmes soit mise en pratique dans les plus courts délais.

25. *l'évaluation externe du programme*

(QUE le Comité conjoint des programmes du Conseil
(des universités participe activement, et non comme
(observateur, aux visites d'agrément des facultés
(de médecine en désignant un expert pour chaque
(visite et en assumant une partie des coûts.

Cette recommandation ouvre des pistes très intéressantes de collaboration entre les universités, les organismes d'agrément et le Conseil.

Les recommandations spécifiques à chacune des spécialités, auxquelles il faut ajouter les recommandations générales 8 et 16, seront certes d'application plus difficile étant donné qu'elles impliquent des choix précis de programmes, de sites d'apprentissage ou de formules de collaboration. Voici ces deux recommandations générales:

8. *la complémentarité provinciale des programmes*

(QUE la complémentarité provinciale des programmes
(de spécialisation soit reconnue par les universités
(et soit concrétisée par l'organisation de programmes associés comportant:

- *un comité d'admission-évaluation unique;*
- *un comité de programme unique qui assure la complémentarité des deux programmes;*
- *un comité de promotion unique.*

(QUE les résidents soient inscrits à l'université
(où ils commencent leur formation et que leur dos-
(sier soit transféré lorsqu'ils effectuent leur
(formation en dehors du programme initial.

(QUE chaque composante du programme soit dirigée
(par un responsable. Les objectifs spécifiques,
(la planification pédagogique, l'identification
(des ressources et l'évaluation du programme
(local seront sous sa responsabilité.

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement
(et une partie de l'évaluation en commun afin
(d'assurer un contact continu entre les résidents
(et les enseignants des deux programmes.

16. *les étudiants, la masse critique*

(QUE l'ensemble des facultés de médecine du Québec
(et en particulier celles des universités Laval et
(de Montréal réduisent le nombre de sites d'appren-
(tissage des programmes de résidence dans les hô-
(pitaux affiliés afin d'accroître le nombre d'étu-
(diants par site d'apprentissage et d'optimiser
(l'utilisation des ressources.

Si le Conseil accueille très favorablement ces recommandations et demeure convaincu de leur bien-fondé dans la très grande majorité des cas, il conçoit aussi que d'autres solutions puissent exister qui permettent d'atteindre les buts poursuivis. Il accepte même, à l'instar du comité, que certains choix puissent être remis en cause soit à la lumière de données nouvelles, soit à la suite de réorientations des priorités des institutions ou organismes concernés, soit même en raison d'interrogations plus fondamentales quant au rôle de chaque université dans la formation médicale. Mais il estime, comme il le disait plus haut, que pour l'essentiel les choix du comité sont bien justifiés et qu'en conséquence il appartiendra aux intéressés de faire la démonstration que d'autres

choix ou d'autres solutions seraient plus valables.

Ces considérations amènent le Conseil à recommander que soit mis sur pied un groupe de travail ayant pour mission de veiller à la mise en application du rapport. Il devrait procéder avec fermeté et diligence mais également faire preuve d'ouverture aux suggestions et aux demandes des universités pour autant qu'elles aillent dans le prolongement des objectifs et des normes de rationalisation et de gestion académique privilégiés dans le rapport.

Certaines actions suggérées par le comité pourront entraîner initialement des dépenses spécifiques. Ainsi pourrait-il en être par exemple des expériences pilotes nécessaires, des déplacements au moment de la relocalisation de certaines activités, des démarches requises pour la mise en marche de programmes associés ou pour la mise en veilleuse de programmes. De telles dépenses peuvent être financées par le fonds de développement pédagogique et le Conseil invite les intéressés à s'en prévaloir.

4- Conclusion

En conclusion, le Conseil croit que l'on devrait garder en mémoire un certain nombre de commentaires formulés par les répondants à la consultation et qui concernent les tâches d'étude, de planification et d'évaluation à assurer pour affermir le développement des programmes de spécialisation médicale à plus long terme. Ainsi a-t-il proposé: a) que chacune des universités veille à l'évaluation périodique de ses programmes; b) qu'en plus un mécanisme d'évaluation-réseau, impliquant

des représentants des universités, de la Corporation professionnelle des médecins et du Conseil des universités, s'applique périodiquement à l'ensemble de ces programmes; c) que des études de besoins soient complétées, lesquelles tiennent compte des paramètres de planification des effectifs médicaux et d'organisation des services cliniques hospitaliers déterminés par le ministère des Affaires sociales; d) que les conclusions de ces études soient appliquées pour la rationalisation du développement de chaque spécialité au fur et à mesure qu'elles sont complétées; e) qu'une attention particulière soit accordée par les universités aux possibilités de mise sur pied de programmes "associés", "intégrés", ou pluri-universitaires, pour faire face aux besoins nouveaux de développement dans une optique de saine gestion des ressources consenties au réseau universitaire.

A ceci, le Conseil ajoute que pour assurer le meilleur développement de l'enseignement dans le domaine biomédical dans son ensemble, ce qui inclut bien entendu les programmes de spécialisation médicale, il conviendra de procéder à très court terme à une étude similaire de rationalisation des programmes de maîtrise et de doctorat. De cette façon, on pourra espérer les choix les plus rationnels d'utilisation des ressources humaines et matérielles du réseau dans ce secteur.

5- RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

ATTENDU la nécessité pour les universités d'assurer pleinement la gestion des programmes dont elles ont la responsabilité;

CONSIDERANT que, malgré les avis antérieurs à cet effet du Conseil des universités et de l'Opération Sciences de la santé, de nombreuses lacunes dans la gestion académique ont été observées par le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDERANT que ces lacunes constituent autant d'obstacles réels à l'atteinte d'une meilleure qualité des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDERANT que les recommandations générales du comité d'étude contiennent des indications très précises et bien documentées sur les mesures à prendre pour améliorer la situation;

Le Conseil des universités recommande:

a) (que les universités donnent suite dans les plus brefs
(délais aux recommandations générales concernant
(
(1- la définition des objectifs des programmes et
(leur rédaction;
(
(2- la définition des conditions d'admission;
(

(3- la description des responsabilités du résident;
(
(4- la description, la planification et la gestion
(académique des stages, que ceux-ci soient obli-
(gatoires, optionnels ou hors programme, d'en-
(seignement ou de recherche;
(
(5- l'instauration de mécanismes d'évaluation conti-
(nue des résidents et de critères de promotion;
(
(6- la complémentarité à établir entre les divers
(programmes du réseau et l'information à offrir;
(
(7- la description des stratégies pédagogiques;
(
(8- l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médi-
(cal et de la qualité des soins;
(
(9- l'identification du directeur du programme et
(des enseignants;
(
(10- l'instauration d'un système efficace et réel de
(plafonnement des revenus des enseignants;
(
(11- la réduction du nombre de sites d'apprentissage
(à l'intérieur d'un même programme;
(
(12- l'évaluation interne de leurs programmes;

b) (que, dès que possible, les universités instaurent,
(à titre expérimental là où les conditions le per-
(mettront, des stages à durée variable.

Recommandation 2

CONSIDERANT la recommandation explicite du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDERANT les responsabilités du Conseil des universités en matière de coordination et de collaboration entre les établissements d'enseignement supérieur;

CONSIDERANT les responsabilités du ministre de l'Education et le mandat du Conseil en matière de reconnaissance des programmes de formation professionnelle;

Le Conseil des universités recommande:

> (que, pour l'évaluation externe des programmes de
> (spécialisation médicale, le ministre de l'Education
> (veille à ce que le Conseil des universités parti-
> (cipe activement aux visites d'agrément des facul-
> (tés de médecine.

Recommandation 3

ATTENDU qu'une condition nécessaire pour le maintien d'un programme est l'existence d'une clientèle;

ATTENDU qu'une masse critique d'étudiants et d'enseignants est absolument nécessaire à la création d'un milieu de formation de qualité;

CONSIDERANT le nombre très important de programmes de spécialisation médicale;

CONSIDERANT que plusieurs de ces programmes n'accueillent qu'un très petit nombre d'étudiants;

CONSIDERANT qu'une telle situation n'est pas souhaitable tant du point de vue de la qualité que de l'utilisation efficiente des ressources;

CONSIDERANT que les recommandations de rationalisation du comité sont empreintes de prudence, ne touchent que les situations les plus évidentes et devraient permettre l'instauration de programmes de meilleure qualité;

NONOBSTANT les réactions négatives de plusieurs intéressés;

CONSIDERANT, d'autre part, les délais dans la formulation du présent avis;

Le Conseil des universités recommande:

(que soient mises en application les recommandations
(de rationalisation proposées par le Comité d'étude
(de rationalisation des programmes de spécialisation
(médicale, en reportant d'un an les dates prévues de
(radiation ou d'association.

Recommandation 4

CONSIDERANT, par ailleurs, que, de l'avis même du comité d'étude, le rapport n'est qu'une étape d'un processus;

CONSIDERANT que sa mise en application pourra donner lieu à des réflexions supplémentaires d'où pourraient venir des suggestions intéressantes en vue d'une plus grande rationalisation;

CONSIDERANT aussi que dans certains cas les objectifs de rationalisation et de valorisation des programmes pourraient être atteints par des choix de mesures quelque peu différentes de celles proposées;

CONSIDERANT enfin que les programmes d'internat devraient aussi être réexaminés dans le but d'atteindre ces objectifs;

Le Conseil des universités recommande:

(que, dans la mise en application des recommandations
(du Comité d'étude de rationalisation des programmes
(de spécialisation médicale, le ministre de l'Education se fasse assister d'un groupe restreint de personnes qualifiées et bien au fait de la situation
(dans le but
(
(a) d'étudier les suggestions et les demandes d'ajustement qui pourraient venir des universités et, s'il y a lieu, de proposer des mesures alternatives qui permettent d'atteindre plus rapidement ou plus efficacement les objectifs de rationalisation et de bonification des programmes de spécialisation médicale mis de l'avant par le comité d'étude;
(
(b) d'étudier avec les intéressés les programmes de résidence et de proposer des mesures susceptibles d'en améliorer la qualité et de favoriser l'utilisation la plus efficiente des ressources disponibles;
(
(c) de suivre les expériences pilotes et d'en analyser les résultats.

Recommandation 5

CONSIDERANT que certaines des mesures proposées pourront entraîner des dépenses particulières;

CONSIDERANT que le volet "réaménagement de programmes" du Fonds de développement pédagogique a justement pour but de supporter les opérations nécessaires à une utilisation plus rationnelle des ressources;

Le Conseil des universités recommande:

(que les universités puissent se prévaloir du Fonds
(de développement pédagogique pour financer les dé-
(penses exceptionnelles que pourra entraîner la mise
(en application des recommandations du Comité d'étude
(de rationalisation des programmes de spécialisation
(médicale.

RAPPORT DU COMITE D'ETUDE
DE RATIONALISATION DES PROGRAMMES
DE SPECIALISATION MEDICALE

Septembre 1980.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	7
1. LE MANDAT ET LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	11
1.1 Origine du mandat	13
1.2 Mandat et composition du comité	16
1.3 La problématique de l'étude	17
1.3.1 Le nombre et la durée des programmes	18
1.3.2 L'état de la main-d'oeuvre médicale	20
1.3.3 Le contingentement des postes d'internes et de résidents	27
1.4 Interprétation et limites du mandat	32
1.4.1 Le programme de l'internat	32
1.4.2 Les programmes de médecine familiale	33
2. ENSEMBLE DES FACTEURS DONT ON DEVRAIT TENIR COMPTE LORS D'UNE ETUDE DE RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE FORMATION	35
2.1 L'objectif majeur des programmes de formation est de répondre aux besoins de la population	37
2.1.1 Les besoins en santé de la population	37
2.1.2 Les effectifs médicaux: état actuel, projection et ses limites	41
- L'âge moyen des effectifs en place	43
- Les effectifs féminins	46
- La modification du mode de pratique	53
- Les modifications dans le mode de rémunération	54
2.1.3 La répartition des effectifs médicaux	54
2.1.4 L'émergence de nouveaux programmes	55

TABLE DES MATIERES (suite)

Page

2.2 Les programmes de formation en spécialité médicale doivent répondre aux besoins de la clientèle étudiante 60

2.2.1 La satisfaction des spécialistes en regard de leur formation 60

2.2.2 La formation spécialisée acquise en dehors du Québec 60

2.2.3 Les médecins diplômés en dehors du Québec en formation spécialisée dans les programmes québécois 63

2.3 La rationalisation des programmes de spécialisation doit tendre, entre autres objectifs, à optimiser les coûts de formation 67

3. LA RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE: LES CRITERES RELIES A LEUR VALEUR PEDAGOGIQUE 75

3.1 Les objectifs du programme 78

3.2 Les conditions d'admission 79

3.3 La description du programme 79

3.4 Les ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques 87

3.5 L'évaluation des résidents 92

3.6 L'évaluation du programme 96

3.7 Les critères reliés à l'interdépendance des programmes . 97

3.7.1 Interdépendance du programme pré-doctoral et des programmes de spécialisation 97

3.7.2 Interdépendance des programmes de spécialisation 98

3.7.3 Interdépendance des programmes de spécialisation et des programmes de deuxième et troisième cycles universitaires 103

TABLE DES MATIERES (suite)

Page

4. LES MODALITES DE LA RATIONALISATION ET SES LIMITATIONS: LES CRITERES EXCLUS DE LA GRILLE D'ANALYSE 107

4.1 L'approche envisagée 109

4.2 Les données utilisées 111

4.3 La méthode d'analyse et ses limites 112

4.3.1 Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu 113

- Les stratégies pédagogiques 115
- Les cours hors programme 115
- Les ressources cliniques et connexes, les cliniques externes, les conditions d'études .. 116

4.3.2 Critères d'analyse non retenus dans la grille car non discriminatoires aux fins de la présente étude 117

- Les conditions d'admission 118
- La durée des stages 122
- Les stages hors programme 123
- La complémentarité provinciale des programmes 125
- L'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins 127
- Les ressources professorales 128
- Les critères de promotion 132
- L'évaluation externe des programmes 133

4.4 La grille d'analyse utilisée 137

5. LES RESULTATS DE L'ANALYSE: FORCES ET FAIBLESSES DES DIFFERENTS PROGRAMMES RELATIVEMENT A CHAQUE CRITERE RETENU 141

5.1 Les objectifs du programme 144

5.2 Les responsabilités du résident 145

5.3 Les objectifs et le contenu des stages 148

5.4 Les stages optionnels et de libre choix 149

TABLE DES MATIERES (suite)

Page

5.5 La recherche 150
5.6 Le directeur de programme 152
5.7 L'achalandage des programmes, la masse critique 153
5.8 L'unité d'enseignement clinique 159
5.9 L'évaluation du résident en cours de formation 161
5.10 L'évaluation terminale: les examens de certification .. 163
5.11 L'évaluation interne du programme 164

6. LA RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE 167

Synthèse des recommandations générales s'appliquant à chaque critère retenu dans la grille d'analyse 173

Allergie 180
Anatomo-pathologie 182
Anesthésie-réanimation 185
Biochimie médicale 188
Cardiologie 191
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique 194
Chirurgie générale 196
Chirurgie orthopédique 198
Chirurgie plastique 201
Dermatologie 204
Endocrinologie 206
Gastro-entérologie 209
Hématologie 212
Médecine interne 216
Médecine nucléaire 218
Microbiologie médicale 221
Néphrologie 224
Neurochirurgie 227
Neurologie 230
Obstétrique-gynécologie 233
Ophtalmologie 236
Oto-rhino-laryngologie 239

TABLE DES MATIERES (suite)

	Page
Pédiatrie	242
Physiâtrie	245
Pneumologie	248
Psychiatrie	252
Radiologie diagnostique	254
Radiothérapie	257
Rhumatologie	260
Santé communautaire	263
Urologie	266
Médecine familiale	270
Mesures corollaires à la radiation d'un programme	274
ANNEXES	277
LISTE DES TABLEAUX	1
LISTE DES ANNEXES	5

LISTE DES TABLEAUX

		Page
TABLEAU I	Liste des programmes de spécialisation médicale existant le 1er octobre 1979	19
TABLEAU II	Normes minimales de formation pour chaque spécialité médicale	21, 22
TABLEAU III	Comparaison entre les rapports médecin/population du Canada, de l'Ontario et du Québec, au 31 mars 1978	24
TABLEAU IV	Bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes concernant les étudiants en médecine du niveau pré-gradué et post-gradué ..	26
TABLEAU V	Implications du contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents sur l'achalandage des programmes de spécialisation médicale	42
TABLEAU VI	Répartition des médecins omnipraticiens et spécialistes au Québec entre 1955 et 1978	44
TABLEAU VII	Pourcentage des médecins spécialistes ayant moins de 45 ans dans chaque spécialité	45
TABLEAU VIII	Evolution du nombre et du pourcentage de médecins omnipraticiens et spécialistes, par sexe, de 1972 à 1978 au Québec	47
TABLEAU X	Résultats aux examens de certification en spécialité médicale pour les années 1975 à 1979	49
TABLEAU XI	Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CPMQ pendant les années 1975 à 1979 ...	51, 52
TABLEAU XII	Comparaison entre les diplômés (m.d.) du Québec étudiant aux Etats-Unis et les diplômés (m.d.) des Etats-Unis étudiant au Québec	61

LISTE DES TABLEAUX (suite)

		Page
TABLEAU XIII	Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, dans la province de Québec selon l'origine du m.d., de 1965-66 à 1979-80	64
TABLEAU XIV	Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, présents dans les programmes québécois, de 1974-75 à 1979-80	65
TABLEAU XV	Répartition des internes et résidents selon l'origine du diplôme dans les différentes universités du Québec au 31 décembre de chaque année (années 1976-77 à 1979-80)	66
TABLEAU XVI	Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique	99, 100
TABLEAU XVII	Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique	101, 102
TABLEAU XVIII	Programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec	104
TABLEAU XIX	Résumé de la démarche effectuée pour analyser les programmes de spécialisation médicale et faire la synthèse des données recueillies	114
TABLEAU XX	Nombre d'internes unidisciplinaires par faculté, pour les deux dernières années	120
TABLEAU XXI	Grille d'analyse comparative des programmes de spécialisation médicale, spécialité par spécialité	138
TABLEAU XXII	Répartition des 114 programmes de spécialité médicale en fonction du nombre moyen de résidents par programme, par année	156

LISTE DES TABLEAUX (suite)

		Page
TABLEAU XXIII	Répartition des programmes de spécialisation médicale selon la valeur du rapport entre le nombre moyen de résidents par an et le nombre de postes agréés, par faculté	158
TABLEAU XXIV	Synthèse des recommandations du comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale	273

LISTE DES ANNEXES

		Page
ANNEXE I	Aperçu historique sur le système d'accréditation dans le domaine de l'enseignement médical post-gradué	277
ANNEXE II	Rappel historique des interventions du Comité conjoint des programmes	283
ANNEXE III	Rapport du Conseil des universités sur les programmes d'internat et de résidence: considérations et recommandations (12 octobre 1971)	289
ANNEXE IV	Avis au ministre de l'Education concernant les programmes d'études, y compris les programmes de spécialités (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978)	305
ANNEXE V	Opération Sciences de la Santé (O.S.S.): recommandations relatives à l'internat et la résidence et Avis au ministre de l'Education	311
ANNEXE VI	Evaluation quantitative et qualitative de la formation hors Québec des résidents diplômés du Québec inscrits dans les programmes québécois	317
ANNEXE VII	Evaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978	323
ANNEXE VIII	Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80	333
ANNEXE IX	Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (années 1975 à 1979)	367
ANNEXE X	Evaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés, puis entre le nombre de résidents, en moyenne par an, et le nombre d'hôpitaux agréés, par spécialité et par faculté	403

INTRODUCTION

Face à l'ampleur du mandat que lui confiait le Conseil des universités, le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale se trouvait devant plusieurs approches possibles: il pouvait axer son analyse sur les coûts de la formation médicale, sur le développement scientifique de la médecine, sur l'amélioration de la santé des québécois, sur l'intégration réelle de la médecine à toutes les activités universitaires, sur la régionalisation et la modification de la distribution des soins, autant de réalités, autant de limites, autant d'ambition!

Il a préféré l'approche qui lui semblait la plus réaliste. Sans oublier que les facteurs influençant et modifiant à plus ou moins long terme la formation et l'exercice de la profession médicale sont nombreux, il a porté son attention et axé son analyse sur la valeur pédagogique des programmes et sur leur opportunité. Toutefois, il entend préciser les liens qu'il voit entre cette étude de rationalisation des programmes de spécialisation et les besoins de la population ainsi que les besoins des futurs médecins spécialistes en terme de formation. Enfin, il croit qu'il n'y a pas de contradiction entre l'amélioration de la qualité de la formation et l'optimisation des coûts de l'enseignement qui doit demeurer une préoccupation des établissements universitaires.

Le plan du rapport reflète la démarche que le comité a suivie pour remplir le mandat qui lui était confié. Après avoir situé cette étude dans l'ensemble des mesures qui ont eu des conséquences sur les programmes de spécialisation médicale depuis 1970 (Chapitre 1), le comité a cherché à identifier l'ensemble des facteurs sociaux, économiques,

pédagogiques qui devraient être pris en considération dans leur étude de rationalisation de programmes (Chapitre 2). Si l'identification de ces facteurs se fait assez bien, leur utilisation comme argument de rationalisation demeure difficile de sorte que le comité a préféré retenir comme critère majeur de rationalisation la valeur pédagogique des programmes. Pour cette raison, il a commencé par définir et justifier les caractéristiques d'un programme idéal (Chapitre 3).

Ces trois chapitres constituaient la trame du document de travail soumis aux universités par le comité. La consultation fut très instructive et le comité a pu clarifier certains points de sa démarche et faire un recul sur d'autres qui seront mentionnés dans le rapport.

Le deuxième temps de l'opération a consisté à analyser chaque programme à l'aide d'une grille élaborée à partir des critères d'un programme idéal. Le comité a dû restreindre ses ambitions. En effet, de nombreux critères ont dû être exclus de la grille soit parce que leur évaluation nécessitait une observation directe du milieu, soit qu'aucun des programmes ne les rencontrait (Chapitre 4). Des recommandations sont faites à leur sujet.

Grâce aux informations recueillies à l'aide de la grille retenue, le comité a pu observer les points forts et les points faibles des différents programmes pour lesquels des observations et recommandations seront faites faculté par faculté (Chapitre 5); il eut été possible mais absolument indigeste à la lecture de les faire programme par programme.

Enfin, le comité entrait dans l'opération délicate de rationalisation des programmes de spécialisation médicale (Chapitre 6). On a procédé spécialité par spécialité afin d'effectuer les choix dans une

perspective d'optimisation des ressources provinciales et en tenant compte des besoins de la population. Toutefois, c'est la valeur pédagogique des programmes qui a le plus compté dans les décisions même si les indicateurs retenus de cette valeur pédagogique demeurent grossiers.

Le comité est conscient que sa tâche comporte certaines analogies avec les fonctions d'évaluation des organismes d'agrément tels que la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège de médecine de famille du Canada, qui, tous les cinq ans, procèdent à l'évaluation des programmes de spécialisation et de médecine familiale au Québec. Sa démarche dépasse toutefois le cadre de l'évaluation de programmes et constitue un exercice plus global en analysant simultanément les programmes des quatre universités, dans une même opération, à l'aide d'une grille d'analyse identique. Cette démarche démontre que les préoccupations du comité sont non seulement pédagogiques mais encore socio-économiques, démographiques et organisationnelles en vue de trouver des réponses valables à une rationalisation de l'ensemble des programmes de spécialisation médicale.

Ce rapport n'a pas la prétention de régler tous les problèmes de la formation médicale spécialisée pour un avenir illimité. Il s'agit d'une étape d'un processus continu de remise en question des programmes universitaires. Il a été l'occasion d'une réflexion sérieuse qui pourra être utile, pensons-nous, aux différentes instances responsables de la formation médicale spécialisée.

1

LE MANDAT ET LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1

1.1 Origine du mandat

"Les premiers efforts de définition, d'organisation et d'établissement de standards de l'enseignement médical post-gradué au Canada datent de la création du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1929". En 1951, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec s'engageait dans le champ de l'agrément des milieux de formation. On trouvera à l'Annexe I, page 277, un résumé des évènements qui ont conduit le Collège des médecins et chirurgiens du Québec à confier la responsabilité des programmes de spécialisation médicale "aux universités qui l'ont acceptée à la fin de 1969 et mettaient en place les structures nécessaires à la mise en oeuvre d'un tel enseignement".

Depuis sa création en 1969, le Conseil des universités a manifesté un vif intérêt pour la formation médicale dont témoignent ses nombreuses interventions habituellement suscitées par son Comité conjoint des programmes. On trouvera à l'Annexe II, page 283, un rappel des interventions

du Comité conjoint des programmes dont on retient les évènements suivants:

- juin 1970: approbation en bloc des programmes d'internat et de résidence pour une durée d'un an;

- octobre 1971: rapport du Conseil des universités sur les programmes de l'internat et des résidences.

L'Annexe III, page 289, fournit les considérations et recommandations de ce rapport qui ont porté sur les programmes de spécialisation proprement dits, sur les subventions aux universités, sur les responsabilités respectives des divers organismes internes à cet enseignement, sur les structures d'accueil, sur les professeurs d'enseignement clinique et sur le statut des internes et résidents.

- octobre 1973: avis sur le projet de contrat type d'affiliation entre les universités et les hôpitaux d'enseignement;

- février et juillet 1974: acceptation de la formule de financement proposée par la DGES;

- janvier 1975: la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Comité conjoint des programmes et les doyens des facultés de médecine acceptent les termes d'une collaboration pour l'évaluation des programmes: un observateur du Comité conjoint sera présent lors des visites d'un cycle complet d'agrément, les documents préalables aux visites seront transmis au Conseil des universités et les doyens feront parvenir les rapports d'évaluation au président du Comité conjoint.

Le 19 janvier 1978, à la suite de l'évaluation du Comité conjoint des programmes effectuée lors des visites d'agrément des organismes professionnels, le Conseil des universités adresse un avis au ministre de

l'Education au sujet des programmes de spécialité dont les recommandations (Annexe IV, page 305) peuvent se résumer ainsi:

- tout nouveau programme de spécialisation doit être soumis à l'approbation du Conseil;
- les programmes reconnus en date du 19 janvier 1978 sont approuvés sous la réserve d'une étude de rationalisation;
- les huit programmes non encore approuvés doivent faire l'objet d'un dossier d'opportunité avant le 1er septembre 1978;
- les universités doivent exercer un contrôle plus strict sur les programmes et leur application;
- les programmes de spécialisation doivent être soumis aux règlements et procédures relatifs aux programmes post-gradués dans chaque université;
- une étude de rationalisation des programmes de spécialisation en médecine doit être entreprise sans délai, sous l'autorité du Conseil.

Le 15 février 1979, le Comité conjoint des programmes accordait une reconnaissance provisoire aux huit programmes non encore approuvés (Tableau I, page 19) attendu que les dossiers d'opportunité ont été soumis par les universités et que l'étude de rationalisation est entreprise. Cette reconnaissance provisoire est faite sous réserve des conclusions du présent rapport.

Ce rappel historique des évènements montre que les programmes de spécialisation médicale sont soumis à un double système d'approbation des nouveaux programmes et d'évaluation des programmes existants relevant, d'une part, des organismes d'agrément et, d'autre part,

du Comité conjoint des programmes du Conseil des universités. Cette double juridiction n'a pas soulevé de problèmes majeurs dans le processus d'évaluation des programmes existants car les organismes d'agrément et les doyens de facultés de médecine ont accepté qu'un membre du Comité conjoint des programmes participe à la visite d'agrément des quatre facultés. Par contre, cette double juridiction est vécue plus difficilement lors de l'approbation des nouveaux programmes puisque certains programmes fonctionnaient sans avoir reçu l'approbation du Comité conjoint du Conseil des universités.

1.2 Mandat et composition du comité

Le mandat

"A partir des avis antérieurs du Conseil des universités, de l'analyse de la situation actuelle pour la formation des spécialistes en médecine, compte tenu des besoins identifiés, des politiques nouvelles adoptées en matière de postes de résidence, proposer les moyens de rationaliser la formation des spécialistes en médecine".

Ce mandat s'inscrit dans la ligne des préoccupations du rapport de l'Opération Sciences de la Santé dont on trouvera les recommandations relatives à l'internat et à la résidence à l'Annexe V, page 311. Il est remarquable de noter que certaines questions soulevées lors de la présente étude l'avaient été par O.S.S. dont il est intéressant de relire le chapitre consacré à l'internat et à la résidence.[1]

---

(1) O.S.S. rapport final - avril 1976, partie II, chapitre 6.6, pp. 339-375.

Si les questions soulevées se ressemblent, les moyens pour y répondre diffèrent puisque la présente étude se consacre aux seuls programmes de spécialisation médicale.

Composition du comité

Président:	Dr. Hugh SCOTT Membre du Conseil des universités Université de Sherbrooke
Secrétaire:	Dr. Hélène LECLERE Conseil des universités
Membres:	Dr. Pierre BEAUDRY Université McGill
	Dr. Michel BERARD Corporation professionnelle des médecins du Québec
	Dr. Léo-Paul PICHETTE Université de Montréal
	Monsieur Jacques DUFRESNE Directeur de la revue Critère
Observateur:	Dr. Fernand HOULD Ministère des Affaires sociales
Collaboratrice:	Madame Elise FOURNIER Conseil des universités

1.3 La problématique de l'étude

L'étude se déroule au Québec en 1980 de sorte qu'elle s'inscrit dans une triple réalité: le nombre et la durée des programmes de formation post-doctorale, l'état de la main-d'oeuvre médicale et enfin les mesures

de contingentement des postes d'internes et de résidents. Même si le comité n'est lié d'aucune façon aux mesures de contingentement prises par le ministère des Affaires sociales, il ne peut nier leur existence et leurs répercussions sur l'achalandage des programmes post-doctoraux.

1.3.1 Le nombre et la durée des programmes

Le mandat porte sur l'étude de 115 programmes de spécialisation médicale (Tableau I, page suivante) dont 106 sont approuvés par le Comité conjoint des programmes du Conseil des universités et huit sont reconnus provisoirement. Entretemps un neuvième, le programme en santé communautaire de l'Université de Sherbrooke, a été soumis à l'approbation du Comité conjoint des programmes qui lie sa décision aux recommandations de la présente étude.

Ces 115 programmes sont consacrés à l'enseignement de 32 spécialités. 23 d'entre elles sont enseignées dans les quatre facultés de médecine, six dans trois facultés et les quatre dernières, dans deux.

Même si l'on peut difficilement évaluer les coûts de formation en spécialité médicale, le bon sens permet de penser qu'une telle duplication des programmes entraîne une dispersion des effectifs et des ressources qui n'est sûrement pas économique. Elle est en outre le symptôme d'un manque de concertation entre les universités déjà noté dans le rapport de l'Opération des Sciences de la Santé.

Jusqu'en 1970, les programmes de résidence étaient sous la responsabilité des hôpitaux agréés par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.[1] Pendant les années 1967, 1968 et 1969,

(1) Ancien nom de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

TABLEAU I Liste des programmes de spécialisation médicale existant le 1er octobre 1979. Les programmes identifiés par un (X) ont reçu l'approbation des universités et des organismes d'agrément et ont fait l'objet d'une reconnaissance provisoire par le Conseil des universités.

PROGRAMME	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE	TOTAL
Allergie	-	X	X	-	2
Anatomo-pathologie	X	X	X	X	4
Anesthésie-réanimation	X	X	X	X	4
Biochimie médicale	X	X	-	(X)	3
Cardiologie et hémodynamique	X	X	X	X	4
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	-	X	X	-	2
Chirurgie générale	X	X	X	X	4
Chirurgie orthopédique	X	X	X	X	4
Chirurgie plastique	-	X	X	-	2
Dermatologie	X	X	X	-	3
Endocrinologie	X	X	X	X	4
Gastro-entérologie	-	X	X	X	3
Hématologie	X	X	X	X	4
Médecine familiale	X	X	X	(X)	4
Médecine interne	X	X	X	X	4
Médecine nucléaire	-	X	X	X	3
Microbiologie médicale	X	X	X	X	4
Néphrologie	X	X	X	X	4
Neurochirurgie	X	X	X	X	4
Neurologie et électro-encéphalographie	X	X	X	X	4
Obstétrique et gynécologie	X	X	X	(X)	4
Ophtalmologie	X	X	X	X	4
Oto-rhino-laryngologie	X	X	X	(X)	4
Pédiatrie	X	X	X	X	4
Physiatrie	X	-	X	-	2
Pneumologie	X	X	X	X	4
Psychiatrie	X	X	X	X	4
Radiologie diagnostique	X	X	X	X	4
Radiothérapie	X	X	X	X	4
Rhumatologie	-	(X)	X	X	3
Santé communautaire	(X)	(X)	(X)	(X)	4
Urologie	X	X	X	X	4
	26	31	31	27	115

en vue du transfert de la responsabilité des programmes de résidence aux facultés de médecine, les normes minimales de formation en spécialité médicale ont été établies par le Comité des études médicales du Collège (Tableau II, page suivante). L'établissement de ces normes minimales a donné lieu à une large consultation du milieu universitaire et professionnel médical: doyens, directeurs de département, directeurs de programmes, représentants des associations professionnelles et des résidents. A partir de juillet 1970, la durée de tous les programmes dans les quatre facultés est restée liée aux exigences des normes minimales. Elle est inexorablement de quatre ans pour 30 spécialités et de cinq ans pour la neuro-chirurgie et la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique.

On peut s'interroger sur le rationnel qui sous-tend l'identité de la durée des programmes indépendamment de la discipline enseignée.

En 1979, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a créé un comité chargé de définir les normes et critères d'agrément des programmes d'internat et de résidence et de réévaluer les normes minimales de formation. L'opération est en cours et donne lieu à une large consultation des milieux concernés. On doit espérer que cette révision remettra en cause l'uniformité actuelle de la durée des programmes quelle que soit la spécialité et n'ira pas nécessairement dans le sens d'un allongement de leur durée.

1.3.2 L'état de la main-d'oeuvre médicale

D'après une étude du service de planification de la main-d'oeuvre du ministère des Affaires sociales,[1] il semble qu'à de rares

(1) Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projections. Andrée Morissette. Août 1978.

TABLEAU II (1ère partie)

Normes minimales de formation pour chaque spécialité médicale
(Corporation professionnelle des médecins du Québec - 1er avril 1976)

	12 mois (1)	12 mois	12 mois	12 mois	12 mois
Allergie	méd. int. ou ped.	allergie		(2)	
Anatomo-pathologie	anatomo-pathologie			(2)	
Anesthésie-réanimation	anesthésie - réanimation			(2)	
Biochimie médicale	biochi. hosp.	biochimie		(2)	
Cardiologie	méd. int. ou ped.	cardiologie		(2)	
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	chirurgie générale		chirurgie cardio-vascr-thor.		(2)
Chirurgie générale	chirurgie générale			(2)	
Chirurgie orthopédique	ch. gén.	orthopédie		(2)	
Chirurgie plastique	chirurgie générale		chirurgie plastique		
Dermatologie	méd. int. ou ped.	dermatologie		(2)	
Endocrinologie	méd. int. ou ped.	endocrinologie		(2)	
Gastro-entérologie	méd. int. ou ped.	gastro-entérologie		(2)	
Hématologie	méd. int. ou ped.	hématologie		(2)	
Médecine familiale					
Médecine interne	médecine interne			(2)	
Médecine nucléaire	méd. int.	médecine nucléaire		(2)	

(1) Les stages peuvent se faire selon n'importe quelle séquence.

(2) ces 12 mois ne sont pas définis par le C.P.M.Q. mais sont définis dans chaque programme facultaire selon les ressources du milieu et les objectifs du résident.

TABLEAU II (2e partie) — Norme minimale de formation pour chaque spécialité médicale (Corporation professionnelle des médecins du Québec – 1er avril 1976)

	12 mois (1)	12 mois	12 mois	12 mois	12 mois
Microbiologie médicale	méd. int. – péd. – méd. soc. – path.	accom. hosp.	microbiologie	(2)	
Néphrologie	méd. int. ou péd.		néphrologie	(2)	
Neurochirurgie	ch. gén.	neurochirurgie			(2)
Neurologie et électro-encéphalographie	méd. int. ou péd.	neurologie		(2)	12 mois (facultatif)
Obstétrique & gynécologie	ch. gén.	péd.	obstétrique – gynécologie	(2)	
Ophtalmologie	ophtalmologie			(2)	
Oto-rhino-laryngologie	ch. gén.	oto-rhino-laryngologie		(2)	
Pédiatrie	pédiatrie			(2)	
Physiatrie	méd. int. – péd.	neuro	ortho	physiatrie	
Pneumologie	méd. int. – péd.	pneumologie		(2)	
Psychiatrie	psychiatrie		psyc. prolongée	péd. psyc.	(2) 12 mois (facultatif)
Radiologie diagnostique	radiologie diagnostique			radiath.	(2)
Radiothérapie	méd. ou chirg.	radiothérapie			(2)
Rhumatologie	méd. int. ou péd.	rhumatologie			(2)
Santé communautaire					
Urologie	ch. gén.	urologie			(2)

(1) Les stages peuvent se faire selon n'importe quelle séquence.

(2) Ces 12 mois ne sont pas définis par le C.F.M.C. mais sont définis dans chaque programme facultaire selon les ressources en milieu et les objectifs du résident.

exceptions près, le rapport médecin spécialiste/population est satisfaisant en 1980. Nous verrons plus loin les restrictions que le comité peut avoir à l'endroit des analyses de besoins en main-d'oeuvre médicale faites à partir de l'établissement de rapport médecin/population (Chapitre 2, page 37).

Cette étude du ministère des Affaires sociales permet tout au plus de dire que si au Québec on veut atteindre les normes suggérées par le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada ou par le ministère de la Santé de l'Ontario, "il faudrait restreindre fortement la formation des spécialistes dans presque toutes les spécialités" sauf l'allergie, l'anesthésie-réanimation, la physiâtrie, l'anatomo-pathologie, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique. Les autres spécialités auraient des effectifs excédentaires; la moitié d'entre elles auraient un excédent de 25% et plus.

Quoi qu'il advienne de la bataille des chiffres, l'étude de rationalisation des programmes de spécialisation ne se déroule pas dans un contexte de pénurie sévère en main-d'oeuvre médicale au Québec même si la distribution géographique des spécialistes laisse encore à désirer.

Le Tableau III, page suivante, compare le Québec, l'Ontario et le Canada sur le seul critère du rapport médecin/population. Le Québec se compare avantageusement au Canada et à l'Ontario quand il s'agit du nombre total de médecins. Toutefois, le rapport médecin/population est plus élevé quand il s'agit des spécialistes et est moins élevé quand il s'agit des omnipraticiens. Ce tableau doit être analysé avec circonspection car les données utilisées diffèrent beaucoup des données fournies par la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour

TABLEAU III Comparaison entre les rapports médecin/population du Canada, de l'Ontario et du Québec, au 31 mars 1978. (Source: Bureau de la santé du gouvernement fédéral à partir des données fournies par le Sales Management System).

	CANADA	ONTARIO	QUEBEC
Nombre total de médecins[1]	35 190	13 259	9 548
Rapport médecin/population	1/667	1/637	1/658 1/567[3]
Nombre de médecins omnipraticiens[2]	17 579	6 788	3 988
Rapport omnipraticien/population	1/1336	1/1244	1/1576 1/1206[3]
Nombre de spécialistes[1]	17 611	6 471	5 560
Rapport spécialiste/population	1/1334	1/1305	1/1130 1/1078[3]
Population (1er juillet 78)	23 498 900 (100%)	8 449 700 (35,9%)	6 287 100 (26,7%)
Capacité d'accueil en première année de médecine (1978-79)[4]	1 829 (100%)	622 (34%)	620 (33,9%)

(1) N'incluant pas les résidents.

(2) Incluant les médecins de médecine familiale.

(3) Données provenant de la C.P.M.Q. Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projections pour 1982.

(4) A.C.M.C. Statistiques relatives à l'enseignement médical 1977/78 et 1978/79.

la même année.[1] Nous avons tout lieu de penser que les chiffres de la Corporation sont plus fiables que ceux fournis par le Sales Management System, ne serait-ce que parce qu'il y a une concordance étroite entre les effectifs identifiés par la CPMQ et ceux identifiés par la RAMQ. Or ils indiquent un rapport médecin/population de 1/567 (au lieu de 1/658) pour l'ensemble des médecins, de 1/1206 (au lieu de 1/1576) pour les omnipraticiens et de 1/1078 (au lieu de 1/1130) pour les spécialistes pour 1978, ce qui indique une sous-estimation globale des données fédérales.

La comparaison faite dans le Tableau III serait intéressante à condition que les erreurs concernant les données fournies par le bureau fédéral aillent dans le même sens et soient du même ordre de grandeur pour le Canada, l'Ontario et le Québec.

Si l'on compare maintenant le Québec, l'Ontario et les autres provinces canadiennes quant à leur capacité d'accueil dans les facultés de médecine, le Québec admet le plus grand nombre d'étudiants (33,9%) par rapport à sa population qui représente 26,7% de la population canadienne. Il est bien connu qu'un certain nombre d'étudiants des autres provinces canadiennes sont admis à McGill mais le Tableau IV, page suivante, montre que, réciproquement, de nombreux québécois font leurs études pré-doctorales en dehors du Québec.

Au niveau de l'internat et de la résidence, il est généralement admis que le Québec forme beaucoup de résidents des autres provinces.

---

(1) Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projections pour 1982. Corporation professionnelle des médecins du Québec - juin 1979.

TABLEAU IV Bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes concernant les étudiants en médecine du niveau pré-gradué et post-gradué.
(Source: Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. 1977/78 et 1978/79).

	Nombre d'étudiants québécois dans les autres provinces canadiennes	Nombre d'étudiants des autres provinces canadiennes au Québec
NIVEAU PRE-DOCTORAL[1]		
1976-77 (1ère année)	42	50
1978-79 (toutes les années)	129	71
1979-80 (toutes les années)	125	92
INTERNAT[2]		
1974-75	28	55
1975-76	39	63
1976-77	45	33
1977-78	48	53
RESIDENCE[2]		
1978-79	121	164

(1) Au niveau pré-doctoral, les étudiants sont identifiés selon le lieu d'origine familiale.

(2) Au niveau de l'internat et de la résidence, les étudiants sont identifiés selon l'origine du diplôme.

On oublie d'ajouter que de nombreux diplômés du Québec vont étudier en dehors du Québec. Le Tableau IV fait le bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes pendant les dernières années. Il montre que ce bilan est équilibré.

En outre, près de 23% (68/299) des diplômés du Québec qui se sont présentés aux examens de certification en 1979 avaient acquis une partie de leur formation hors Québec, que ce soit dans les autres provinces canadiennes, aux Etats-Unis ou en Europe (Annexe VI, page 317).

En conclusion, on doit reconnaître que cette étude de rationalisation ne se situe pas dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre médicale. Par ailleurs, on doit cesser de penser que le Québec assure la formation d'une bonne partie de la main-d'oeuvre médicale des autres provinces canadiennes car les chiffres des dernières années montrent qu'il y a, en fait, échange de bon procédé.

1.3.3 Le contingentement des postes d'internes et de résidents

Le comité tient à ce qu'aucune confusion ne soit faite entre l'étude de RATIONALISATION des programmes de spécialisation qu'il a entreprise et le CONTINGENTEMENT des postes rémunérés d'internes et de résidents.

Le contingentement est une décision du ministère des Affaires sociales dans un but de planification de main-d'oeuvre médicale tandis que l'étude de rationalisation des programmes confiée au Conseil des universités par le ministre de l'Education a comme souci d'améliorer la qualité de la formation spécialisée, de coordonner les ressources pédagogiques humaines et matérielles et d'optimiser les coûts de formation. On

remarque toutefois que le contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents est une façon partielle d'exercer un contrôle de la main-d'oeuvre médicale tant et aussi longtemps que le nombre des admissions dans les facultés de médecine ne sera pas réévalué en fonction d'une politique d'ensemble de planification de la main-d'oeuvre.

Le comité croit que le contingentement aura des conséquences sur l'organisation pédagogique des programmes de spécialisation médicale, sur leur qualité et même sur leur survie dans certains cas. Il aura en outre des répercussions sur l'organisation du programme pré-doctoral de chaque faculté en raison de l'interdépendance des programmes, précisée dans le Chapitre 2 (page 97). Il croit cependant que cette étude eut été justifiée même en dehors d'un contexte de contingentement des postes d'internes et de résidents, ne serait-ce que parce que plusieurs spécialités sont enseignées dans quatre programmes alors même que le nombre de spécialistes en exercice dans certaines d'entre elles, au Québec, est très restreint.

On peut être tenté de penser que le contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents est une mesure transitoire. Il serait toutefois étonnant qu'il y ait un besoin considérable en médecins spécialistes dans un avenir prévisible. Le contingentement préconisé par le ministère des Affaires sociales du Québec n'est pas une mesure isolée en Amérique du Nord. Les Etats-Unis ont pris des mesures de restrictions vis-à-vis de l'immigration des médecins depuis 1976. Dans l'ensemble des provinces canadiennes,[1] la proportion des postes réservés

---

(1) 1979 Annual Report ACMC Standing Committee on Post Graduate Medical Education in: FORUM XIII, 3 April-May 1980, p. 17-18.

aux internes et résidents étrangers ne dépasse pas 10 à 15% du total selon les provinces, sauf en Alberta et en Colombie Britannique qui n'ont pas encore institué de quota pour ces étudiants. Par ailleurs, alors que les postes d'internes et de résidents n'ont pas fait l'objet d'un contingentement dans les provinces de l'Ouest, l'Ontario a réduit de 80 (sur 2400) le nombre de ses postes en 1980 et Terre-Neuve les a diminué de près de 25% en 4 ans (65/263). En Nouvelle-Ecosse, depuis un nombre d'années suffisamment important pour que le système soit passé dans les moeurs, le contingentement s'applique pour chaque spécialité et pour chaque hôpital. Ainsi, s'il arrive une année que les postes d'anesthésie-réanimation ne soient pas comblés dans cette province, les postes vacants ne seront pas nécessairement attribués à des résidents d'autres spécialités.

Les mesures de contingentement imposées par le ministère des Affaires sociales du Québec constituent une réalité ayant des implications inévitables et prévisibles pour les 5 à 10 prochaines années sur l'achalandage des programmes de résidence. Actuellement, 2 800 postes sont agréés pour l'enseignement des internes et des résidents par la Corporation professionnelle des médecins du Québec alors que ce nombre était d'environ 2 100 en 1973. Les demandes d'agrément sont faites par les facultés de médecine et cette augmentation du nombre de postes est probablement reliée au fait qu'historiquement l'agrément d'un service hospitalier constituait une reconnaissance implicite de la compétence professionnelle du ou des médecins du service.

La capacité d'accueil des hôpitaux d'enseignement pour la formation des internes et des résidents dépasse donc largement le nombre de postes autorisés par le MAS et rémunérés par la Régie de l'assurance-

maladie du Québec: 2 800 postes agréés pour 1 805 postes rémunérés.[1] Indépendamment des normes actuelles de contingentement, la population étudiante visée par ces programmes est assez stable: les 610 médecins admis et formés dans les facultés de médecine québécoises chaque année auxquels s'ajoutent quelques médecins omnipraticiens qui reviennent se former en spécialité,[2] des diplômés des autres provinces canadiennes et les immigrants étrangers qui, eux, ne peuvent compter que pour 10% du nombre total des internes et résidents. S'il est important que le nombre de postes agréés par la Corporation soit supérieur au nombre de postes autorisés par le MAS pour que les étudiants puissent exercer un libre choix, un trop grand excès de postes agréés aboutit à une dispersion des enseignants, des étudiants et des ressources. Cette dispersion peut être préjudiciable à la qualité de l'enseignement ainsi qu'à la qualité des services médicaux dispensés dans les unités de soins où il se fait de l'enseignement clinique.

Dans ce contexte de restrictions du nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents, il serait souhaitable que les facultés de médecine fassent des choix et établissent des priorités dans l'administration des programmes de spécialisation afin de maximiser l'utilisation des ressources pédagogiques. Le maintien à tout prix de tous les programmes et l'existence du plus grand choix possible de postes dans chaque programme ne peut constituer un objectif en soi surtout quand certains programmes vont inévitablement demeurer sans résidents ou n'être

---

(1) Pour l'année 1979-1980: 1 715 postes plus 80 réservés aux résidents accueillis dans le cadre des accords inter-gouvernementaux.

(2) Depuis plusieurs années, le nombre d'omnipraticiens qui reviennent en spécialité correspond à peu près au nombre de résidents qui abandonnent leur formation spécialisée.

que très épisodiquement achalandés en raison du contingentement. Cette étude ne pourrait-elle pas être, pour les facultés de médecine, l'occasion d'une réflexion approfondie sur l'administration des programmes de résidence compte tenu de leurs objectifs généraux institutionnels et de leurs priorités de développement?

A propos du contingentement des postes, il est souvent mentionné que les facultés de médecine résistent à l'application des directives émises par le ministère des Affaires sociales chaque année. Le comité désire faire une remarque, même si elle n'est pas directement reliée à son étude, les admissions des candidats dans les programmes requièrent l'intervention de plusieurs paliers de décision[1] de sorte que, si l'on veut réaliser une adéquation entre la somme du nombre des candidats admis dans chacun des 115 programmes et le nombre total des postes contingentés, le ministère doit émettre ses directives avant l'admission des candidats. Or les acceptations des candidats commencent dès le mois de novembre de sorte que les directives devraient être émises à l'automne de chaque année, pour l'année suivante. La date d'émission des directives fut variable jusqu'à présent. Toutefois, il semble que le délai requis sera respecté pour l'admission des candidats de l'année 1981-82, ce qui devrait faciliter la concertation entre les facultés de médecine, la Corporation professionnelle des médecins du Québec et le ministère des Affaires sociales.

---

(1) Acceptation du candidat dans le programme facultaire, contrat entre le résident et les centres hospitaliers où il va effectuer des stages pendant l'année, émission d'un permis par la Corporation professionnelle.

1.4 Interprétation et limites du mandat

Avant de préciser sa démarche quant aux moyens possibles d'effectuer une rationalisation des programmes de spécialisation, le comité a défini le champ de son mandat car, dès sa première réunion, s'est posé le problème d'inclure ou non à l'étude l'internat et les programmes de médecine familiale.

1.4.1 Le programme de l'internat

Bien que sur le plan administratif, il soit habituel de rapprocher le programme de l'internat des programmes de résidence, il ne fera pas partie de cette étude car il ne conduit pas à un certificat de spécialité. Toutefois, le tiers des postes contingentés sont réservés à l'internat (environ 600 sur 1 715) et le nombre des postes d'internes demeurera fixe tant et aussi longtemps que le nombre des admissions dans les facultés de médecine n'aura pas diminué. Il est alors facile de comprendre que le contingentement des postes se répercute davantage sur la formation spécialisée, ce qui est d'ailleurs l'objectif déclaré du ministère des Affaires sociales.

Si l'on met de côté l'internat unidisciplinaire[1] qui correspond en fait à une première année de résidence, les internats multidisciplinaire et rotatoire ressemblent davantage à une succession de stages qu'à un programme. La difficulté d'établir les objectifs pédagogiques de ces programmes tient au fait qu'ils s'adressent à des étudiants dont les projets de carrière sont différents: les uns vont aller en spécialité et

---

(1) Environ 110 internes par année (Tableau XX, page 120).

les autres en pratique générale. Pourtant, ils conduisent tous à un permis d'exercice général de la médecine.

Si l'internat constituait la voie de formation unique conduisant à l'obtention d'un permis de pratique générale tandis que la résidence demeurait la voie de formation vers la spécialité, il ne serait pas nécessaire de suggérer aux étudiants se destinant à une spécialité d'effectuer d'abord un internat. En effet les résidents qui interrompraient leur formation spécialisée seraient tenus d'effectuer un internat avant d'exercer en pratique générale. Il serait alors possible de concevoir un programme d'internat cohérent car il s'adresserait à un groupe d'étudiants homogènes, ayant les mêmes buts.

1.4.2 Les programmes de médecine familiale

Le comité ne peut passer sous silence, l'incohérence du système actuel qui offre deux voies d'accès à l'exercice de la médecine de première ligne: le cours de médecine suivi d'une année d'internat ou ce même cours suivi de deux années de résidence en médecine familiale. Il n'est pas dans l'intention du comité de relancer la polémique relative à la spécificité de la médecine familiale puisqu'en fait, la question de fond est celle de la durée des études médicales, en particulier celle de la durée de l'apprentissage clinique. Alors que les soins de première ligne sont l'objet d'une préoccupation particulière de la part des autorités gouvernementales, ces mêmes autorités semblent s'opposer à l'allongement de la formation clinique de l'omnipraticien souhaité par les facultés de médecine pour des raisons pédagogiques et non contesté par la Corporation professionnelle des médecins puisque l'objectif est d'accroître la compétence du praticien général.

Le débat sur la justification ou non des programmes de médecine familiale dure depuis une dizaine d'années et donne lieu à de nombreuses interventions de la part des facultés de médecine, de la Corporation professionnelle, du ministère de l'Education, du ministère des Affaires sociales et de l'Office des professions. Il est parfois suggéré aux facultés de médecine de faire la preuve que les objectifs des programmes de médecine familiale ne peuvent pas être atteints pendant la durée normale du cours de médecine en réaménageant le premier cycle des études médicales et en réorganisant les programmes de l'externat et de l'internat.

Plusieurs promotions de finissants, actuellement sur le marché du travail, sont constituées de médecins omnipraticiens ayant suivi la formation régulière d'une part, et des médecins omnipraticiens ayant suivi un programme de médecine familiale d'autre part; il serait important de vérifier si l'on observe une différence entre les deux groupes d'omnipraticiens dans leur façon d'exercer la médecine, en se référant spécifiquement aux objectifs poursuivis par les programmes de médecine familiale. Il est aisé d'imaginer l'ampleur d'une telle étude. Le comité n'en a pas reçu le mandat. Il n'en avait ni les moyens ni le temps.

Toutefois, chaque université offre un programme de médecine familiale dont le nombre de postes est limité et, bien que cette discipline ne soit pas reconnue comme une spécialité en ce sens qu'elle ne donne droit à aucun privilège de pratique professionnelle, les demandes d'admission dans les programmes ont été et sont toujours supérieures à leur capacité d'accueil, ce qui témoigne d'un besoin ressenti par les étudiants. Le comité a décidé d'intégrer ces programmes à l'étude serait-ce qu'en raison de leur achalandage important et en progession constante.

ENSEMBLE DES FACTEURS DONT ON DEVRAIT TENIR COMPTE LORS
D'UNE ETUDE DE RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE FORMATION

2.1 L'objectif majeur des programmes de formation est de répondre aux besoins de la population

Actuellement, tout nouveau programme d'enseignement que ce soit au niveau collégial ou universitaire doit en premier lieu faire la preuve qu'il répond à un besoin de la société. Par contre, on ne demande pas aux programmes déjà en place de faire la preuve de cette préoccupation; cette remarque vaut non seulement pour les programmes de spécialisation médicale mais pour l'ensemble des programmes universitaires.

2.1.1 Les besoins en santé de la population

Les études de besoins en main-d'oeuvre médicale entreprises aux Etats-Unis, au Canada et en Ontario ont demandé des efforts considérables. Elles ont tenté de chiffrer les besoins en médecins spécialistes, par spécialité, à l'échelle nationale et provinciale. Cependant, lorsqu'on lit l'énumération des facteurs retenus par les auteurs les obligeant à être

circonspects devant les chiffres proposés, on peut s'interroger sur la valeur prédictive de cet exercice mathématique.[1]

En effet, l'analyse et les projections sont faites à partir d'un système de distribution de soins connu. Or, la productivité des médecins se modifie, d'autres professionnels de la santé vont intervenir dans la distribution des soins, les données scientifiques, en particulier épidémiologiques avec leurs applications vont se répercuter sur l'histoire naturelle des maladies. En outre, l'utilisation de ratio médecin/population tient mal compte de la distribution géographique de la population et ne tient pas compte du champ d'activité réel des différents spécialistes. En effet, en 1965, 55% des américains recevaient des soins primaires de façon régulière par un médecin "attitré". Une fois sur cinq, ce médecin de première ligne était un spécialiste.[2] On peut postuler qu'au Québec la situation est sinon identique au moins semblable. Les études de main-d'oeuvre devraient donc tenir compte de la façon dont sont dispensés réellement les soins médicaux.

Les besoins varient d'une région à l'autre et même parfois d'une collectivité à l'autre.[3] On peut facilement comprendre que les besoins de la population d'une région minière différent quelque peu de ceux des résidents d'une banlieue cossue. Il semble que les besoins de main-d'oeuvre médicale d'un pays ou d'une province n'auront de signification que lorsqu'ils

---

(1) Comité national de la main-d'oeuvre médicale. Besoins en main-d'oeuvre médicale au Canada. Rapport du comité des besoins, troisième partie. Santé et Bien-être social-Canada.

(2) Aiken L.H., Lewis C.E., Craig Y. Mendenhall R.C., Blendon R.J., Rogers D.E. The Contribution of Specialists to the Delivery of Primary Care. A new Perspective. N. Engl. J. Med 300: 24: 1363 - 70, 1979.

(3) Holden, W.D. A Perspective of Physician Manpower. N. Engl. M. Med. 300:0 493-95 - 1979.

seront la somme des besoins régionaux évalués à partir des données épidémiologiques ainsi que des besoins et des ressources locaux. Au Québec, les centres régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS) sont en train de réaliser cette opération pour les secteurs desservis par les hôpitaux d'enseignement.

Les réticences qui viennent d'être faites s'appliquent à l'étude récente sur les effectifs en médecins spécialistes au Québec[1] puisque l'auteur utilise des ratios médecin/population. De plus, les ratios utilisés ont été établis pour l'Ontario et pour l'ensemble du Canada alors que leurs politiques concernant la distribution des soins diffèrent notablement de celles du Québec; par ailleurs, le champ d'activité de chacune des spécialités du Québec est beaucoup plus circonscrit que celui des autres provinces canadiennes. On a déjà vu les conclusions de cette étude dans le Chapitre 1, page 23.

Le comité a de son côté fait un exercice pour tenter d'identifier les spécialités où il y avait vraisemblablement une carence évidente ou un surplus évident de résidents. Il s'agissait de calculer combien il faudrait de résidents dans chacune des spécialités pour assurer le maintien des effectifs professionnels actuels. On trouvera à l'Annexe VII, page 326, la méthode employée, ses limites et les résultats de l'exercice.

A partir de cet exercice, il serait difficile de justifier des mesures incitatives ou restrictives majeures pour la plupart des spécialités car l'achalandage actuel des programmes est proche de

---

(1) Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projection. Andrée Morissette - Août 1978.

l'achalandage nécessaire au maintien des effectifs. Par contre, il semble indiquer que l'obstétrique-gynécologie s'achemine vers un excès d'effectifs professionnels ainsi que la pédiatrie et l'ophtalmologie bien qu'à un moindre degré tandis que l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie aggravent leur déficit actuel.

Ces conclusions sont superposables en partie seulement à celles de l'étude du ministère des Affaires sociales.[1] Le bilan effectué à partir de ratios spécialistes/population montre un excès de plus de 25% dans 13 spécialités et une pénurie dans les mêmes spécialités identifiées par le comité sauf pour la psychiatrie qui est trouvée en excès. Ce bilan prévoit également une pénurie en physiâtrie et en médecine nucléaire. Or, il est difficile de se prononcer sur les besoins en physiâtrie alors que son champ d'activité est disputé par les physiothérapeutes et sur les besoins en médecins de médecine nucléaire tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas démontré que l'avènement de nouvelles techniques d'examens permet une amélioration réelle des soins et une diminution du nombre des examens effectués antérieurement.

Pour les quatre spécialités en déficit évident, soit l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie, il faudrait prévoir rapidement des incitatifs à l'exercice de ces spécialités avant de recourir à l'imposition de quotas spécifiques. En attendant, ce n'est surement pas le moment de fermer un programme de l'une ou l'autre de ces spécialités.

---

(1) Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projection. Andrée Morissette - Août 1978.

2.1.2 Les effectifs médicaux: état actuel, projection et ses limites

Les effectifs médicaux dans la province de Québec[1] ont augmenté de façon notable depuis 1972. Le nombre total des médecins est passé de 9 040 (1972) à 12 279 (1978). Le nombre des médecins omnipraticiens est passé de 3 566 à 5 239 tandis que celui des médecins spécialistes est passé de 4 458 à 5 864. Le rapport médecin/population est passé de 1/671 (1972) à 1/514 (1978). Ce rapport est parmi les plus élevés au monde.

Tant que le nombre des admissions en médecine ne sera pas diminué, la modification de la croissance des médecins sera fonction de la diminution de l'accueil des médecins étrangers et fonction du taux d'attrition du corps médical. La modification du nombre de médecins spécialistes va dépendre en plus du choix de carrière des étudiants et du contingentement des postes d'internes et de résidents puisque ce contingentement se répercute davantage sur les programmes de résidence (Tableau V, page suivante). En effet, le nombre d'internes est incompressible tant que le nombre des admissions est fixe et l'internat ne dure qu'un an tandis que les programmes de résidence durent 4 ans.

La réduction du nombre de postes d'internes et de résidents rémunérés par le ministère des Affaires sociales "s'inscrit dans un ensemble de mesures visant à favoriser la formation d'une plus grande

---

(1) CONTANDRIOPOULOS, A.P. Les effectifs médicaux au Québec: situation de 1976 à 1978 et projection en 1982. C.P.M.Q. - juin 1979.

TABLEAU V Implications du contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents sur l'achalandage des programmes de spécialisation médicale. (Données publiées par la C.P.M.Q.)

	Nombre total d'internes et de résidents		Nombre d'internes rotatoires et multidisciplinaires (RI de médecine familiale exclus) (3)	Nombre de résidents incluant les internes unidisciplinaires et les résidents I et II de médecine familiale (4)	
	M.C., M.R.C. M.R. inclus (2)	M.C., M.R.C. M.R. exclus		M.C., M.R.C. M.R. inclus	M.C., M.R.C. M.R. exclus
1974-75 (1) (déc. 74)	2139	?	410	1729	? (91 M.F.)
1975-76 (1) (déc. 75)	2094	2056	401	1693	1655 (115 M.F.)
1976-77 (1) (déc. 76)	2110	2075	476	1634	1599 (136 M.F.)
1977-78 (1) (sept. 77)	2042	1994	479	1563	1515 (174 M.F.)
1978-79 (1) (sept. 78)	1948	1854	440	1508	1414 (182 M.F.)
1979-80 (1) (déc. 79)	1913	1826	414	1499	1412 (201 M.F.)

(1) Tous les chiffres incluent les résidents reçus dans le cadre des accords intergouvernementaux.

(2) Les moniteurs de clinique et de recherche (M.C., M.R.C. et M.R.) ne sont pas rémunérés par le Ministère des affaires sociales.

(3) La résidence I de médecine familiale correspond à un internat multidisciplinaire particulier. Pendant les trois dernières années, il y eut 87, 91 puis 100 résidents I de médecine familiale.

(4) Le nombre de résidents I et II de médecine familiale est indiqué entre parenthèse.

proportion de médecins omnipraticiens".[1] On peut peut-être s'interroger sur la justesse de ce choix mais l'on doit surtout s'interroger sur l'ampleur de l'objectif à atteindre, dans cette voie. L'objectif déclaré du ministère est d'atteindre un rapport omnipraticiens/spécialistes de 60/40 vers l'an 2000. Le rapport en 1978 était de 46.8/53.2 et la tendance naturelle est une augmentation du nombre des omnipraticiens plus rapide que celle du nombre des spécialistes (Tableau VI, page suivante). Le renversement de la tendance dominante à la spécialisation chez les étudiants en médecine est apparu pendant les années '70, avant le contingentement, par une revalorisation professionnelle et pécuniaire de la pratique générale.

Pour revenir à la situation des effectifs médicaux au Québec de 1976 à 1978 avec projection pour 1982, on doit noter que plusieurs éléments limiteront la valeur prédictive de l'analyse, en particulier l'âge moyen des effectifs en place, l'augmentation des effectifs féminins, la modification du mode d'exercice et du mode de rémunération.

L'âge moyen des effectifs en place

On doit tenir compte de l'âge moyen des effectifs en place et éventuellement de la concentration de médecins ayant le même âge dans certaines spécialités si on veut prévoir le renouvellement des effectifs tant professionnels qu'universitaires. Le Tableau VII, page 45, montre que les médecins spécialistes se répartissent en deux groupes égaux autour de 45 ans. La comparaison de chacun des groupes de

---

(1) Circulaire du MAS 44-30-01 émise le 24 janvier 1979 ayant pour objet la détermination des postes rémunérés d'internes et de résidents pour l'année universitaire 1979-80.

TABLEAU VI Répartition des médecins omnipraticiens et spécialistes au Québec entre 1955 et 1978

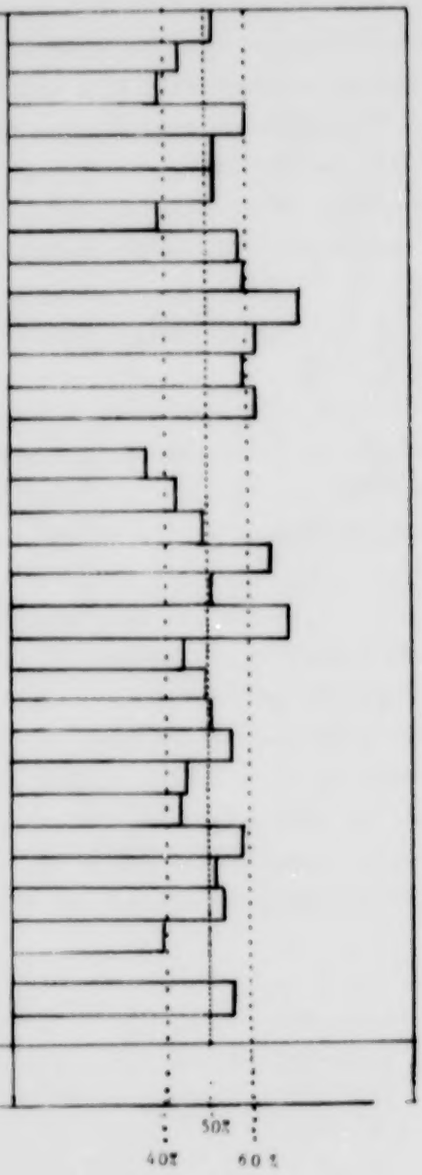
	Omnipraticiens		Spécialistes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1955(1)	2043	50,6	1990	49,4	4033	100
1960(1)	2470	48,9	2583	51,1	5053	100
1965(1)	2708	49,9	3316	55,1	6024	100
1972(2)	3328	43,4	4338	56,6	7666	100
1974(2)	3715	43,3	4830	56,5	8545	100
1976(2)	4172	44,1	5280	55,9	9452	100
1977(2)	4477	45,5	5359	54,5	9836	100
1978(2)	4734	46,8	5384	53,2	10118	100

(1) BOZZINI, L., et CONTANDRIOPOULOS, A.P., "La pratique médicale au Québec: Mythes et réalités, Sociologie et société IX (1). 1977. Tableau III - Les résidents sont exclus mais les médecins demeurant hors du Québec sont inclus.

(2) CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Les effectifs médicaux au Québec. Corporation professionnelle des médecins, différentes années. Les résidents et les médecins demeurant hors du Québec sont exclus.

TABLEAU VII Pourcentage des médecins spécialistes ayant moins de 45 ans dans chaque spécialité. Le clivage est fait à 45 ans car il correspond au 50/50 pour l'ensemble du groupe (Statistiques annuelles de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec 1978)

Allergie	47%	18/38
Anatomo-pathologie	43%	81/188
Anesthésie-réanimation	39%	169/432
Biochimie médicale	60%	12/20
Cardiologie	52%	126/239
Chirurgie C.V.T.	52%	30/57
Chirurgie générale	38%	218/579
Chirurgie orthopédique	58%	138/237
Chirurgie plastique	59%	44/74
Dermatologie	73%	77/105
Endocrinologie	62%	54/87
Gastro-entérologie	59%	59/100
Hématologie	62%	71/115
Médecine familiale	-	-
Médecine interne	35%	88/253
Médecine nucléaire	42%	13/31
Microbiologie médicale	49%	32/65
Néphrologie	65%	51/78
Neurochirurgie	51%	28/54
Neurologie	70%	94/134
Obstétrique gynécologie	44%	161/364
Ophtalmologie	49%	102/209
Oto-rhino-laryngologie	50%	87/173
Pédiatrie	55%	193/346
Physiatrie	45%	24/53
Pneumologie	43%	49/113
Psychiatrie	58%	365/629
Radiologie diagnostique	52%	199/384
Radiothérapie	53%	16/30
Rhumatologie	44%	17/39
Santé communautaire	-	-
Urologie	54%	67/124
TOTAL	50%	2688/5366



spécialistes par rapport à cette ligne de clivage montre que trois groupes sont nettement plus âgés que l'ensemble: les anesthésistes-réanimateurs (39% ont moins de 45 ans), les chirurgiens généraux (38%) et les médecins internistes (35%); inversement, six sont nettement plus jeunes que l'ensemble du groupe: les biochimistes (60%), les dermatologistes (73%), les endocrinologues (62%) les hématologistes (62%), les néphrologues (65%) et les neurologues (70%). Ces données apparaîtront lors de l'analyse des programmes, spécialité par spécialité (Chapitre 6).

Les effectifs féminins

L'augmentation importante du nombre de femmes admises en médecine peut limiter la valeur prédictive des projections faite à partir des effectifs en place si, entre autres, leur productivité et leur choix de carrière sont différents de ceux des hommes.

Alors que des doutes sont parfois émis sur la productivité professionnelle des femmes, on sait maintenant que le rendement féminin est équivalent à celui de l'homme dans la pratique professionnelle médicale.[1] Par contre, le temps de pratique hebdomadaire de celles-ci est moindre de sorte que pour effectuer la même masse de services, on doit avoir un plus grand nombre d'effectifs. Le Tableau VIII, page suivante, montre l'augmentation rapide des effectifs féminins de sorte qu'en 1978, 11,2% des médecins étaient des femmes: elles représentaient 15,4% des

---

(1) CONTANDRIOPOULOS, A.P., RIVARD, J.Y., l'Activité professionnelle des femmes médecins au Québec. Bulletin de la CPMQ vol. XVI: 1er janvier 1976.

TABLEAU VIII Evolution du nombre et du pourcentage de médecins omnipraticiens et spécialistes, par sexe, de 1972 à 1978 au Québec (Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979, C.P.M.Q.)

		1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Omnipraticiens	H	3313	3434	3703	3790	4057	4231	4434
	%	(92.9)	(92.0)	(91.4)	(89.6)	(88.2)	(86.3)	(84.6)
	F	254	298	349	441	541	673	805
	%	(7.1)	(8.0)	(8.6)	(10.4)	(11.8)	(13.7)	(15.4)
Spécialistes	H	4224	4448	4737	4971	5183	5296	5425
	%	(94.8)	(94.5)	(93.8)	(93.6)	(93.3)	(92.9)	(92.5)
	F	234	258	311	340	373	405	439
	%	(5.2)	(5.5)	(6.2)	(6.4)	(6.7)	(7.1)	(7.5)
Total	H	7537	7882	8440	8761	9240	9527	9859
	%	(93.9)	(93.4)	(92.7)	(91.8)	(91.0)	(89.8)	(91.1)
	F	488	556	660	781	914	1078	1244
	%	(6.1)	(6.6)	(7.3)	(8.2)	(9.0)	(10.2)	(11.2)

omnipraticiens et 7,5% des médecins spécialistes.[1] Pour les années 1978 à 1981, la proportion des effectifs féminins qui obtiendront leur diplôme de doctorat en médecine sera de 29%, 33%, 36% et 37%.[2] Il est difficile de prévoir avec précision les répercussions de ce phénomène sur la distribution des soins en général et des soins spécialisés en particulier car ces chiffres montrent qu'actuellement les femmes se dirigent davantage vers la pratique générale. S'agit-il d'un choix de carrière différent de celui des hommes, ou bien est-ce relié à une hésitation à entreprendre quatre années d'études généralement très mobilisantes en temps et en énergie peu compatibles avec les contraintes des maternités?

De plus, le Tableau X, page suivante, montre que le taux d'échec aux examens de certification fut plus élevé chez les candidats féminins sauf pour la dernière année. Ce taux d'échec plus élevé est-il relié à une adaptation difficile des femmes aux programmes de résidence ou bien dénote-t-il d'une mauvaise adaptation des programmes de résidence aux contraintes de vie des femmes à cet âge? L'explication est probablement multifactorielle. Toutefois, avant d'incriminer les programmes de résidence, il faudrait regarder comment les mêmes promotions d'étudiants et d'étudiantes se sont comportés lors de l'obtention du m.d. Le comité n'a pu trouver le temps de recueillir les données requises pour effectuer cette vérification.

Même si l'augmentation des effectifs féminins est moins ressentie chez les médecins spécialistes que chez les médecins de pratique générale, il est important de vérifier si cette augmentation s'est

---

(1) Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979. Tableau III.

(2) Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979. Tableau XII.

TABLEAU X **Résultats aux examens de certification en spécialité médicale pour les années 1975 à 1979. L'ensemble du tableau est fait avec les résultats obtenus avant la reprise de février de chaque année. Les taux d'échecs après la reprise de février ne sont indiqués que pour l'ensemble des candidats** (données publiées par la C.E.M.Q.)

	1975	1976	1977	1978	1979
Nombre total de candidats	565	504	499	477	471
candidats masculins	490	412	410	391	369
candidats féminins	75	92	89	86	102
candidats diplômés du Québec	300	260	314	288	296
candidats diplômés du Canada & USA	75	72	46	49	68
candidats diplômés hors Canada & USA	190	172	139	140	107
nombre total d'échecs	207	192	193	148	114
taux d'échec total AVANT REPRISE	36.6% 207/565	38% 192/504	38.6% 193/499	31% 148/477	24.2% 114/471
taux d'échec des candidats masculins	34.9% 171/490	37.9% 156/412	38% 156/410	29.4% 115/391	26.3% 97/369
taux d'échec des candidats féminins	48% 36/75	39.6% 36/92	41.6% 37/89	38.3% 33/86	30.4% 17/102
taux d'échec des diplômés du Québec	24% 72/300	29.6% 77/260	28.7% 90/314	26% 75/288	21.9% 65/296
taux d'échec des diplômés Canada et USA.	28% 21/75	29.1% 21/72	33% 15/46	16.3% 8/49	11.7% 8/68
taux d'échec des diplômés hors Canada et USA.	60% 114/190	54.6% 94/172	63.4% 88/139	46.4% 65/140	37.9% 41/107
taux d'échec total APRES LA REPRISE DE FEVRIER	32.9%	30.9%	30.3%	25.1%	17.1%

assortie d'une nouvelle distribution des femmes dans les différentes spécialités (Tableau XI, page suivante).

Pour l'ensemble des spécialités, la proportion des femmes certifiées représente près de 17% du nombre total de certifiés, en moyenne, pendant les années 1975 à 1979.[1] Si l'on compare ce pourcentage moyen au pourcentage observé dans chacune des spécialités pour ces mêmes années, en ne retenant que les spécialités où l'on a plus d'une femme certifiée par année, on observe une proportion de femmes supérieure à 17% en:

- anatomo-pathologie	36%	(9 sur 25)
- anesthésie-réanimation	19%	(12 sur 62)
- dermatologie	27%	(12 sur 43)
- endocrinologie	31%	(9 sur 29)
- hématologie	21%	(6 sur 28)
- ophtalmologie	19%	(11 sur 55)
- pédiatrie	25%	(26 sur 102)

On continue donc d'observer une certaine concentration féminine dans les disciplines qui ont traditionnellement attiré les femmes et elles demeurent absentes des disciplines chirurgicales.

L'ensemble de ces données montrent que l'augmentation des femmes admises en médecine a pour le moment un effet modeste sur les effectifs spécialisés: leur proportion et leur répartition se modifient

---

(1) Cette moyenne a été calculée à partir des données du Tableau X, page 49.

TABLEAU II (1ère partie) Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CFMQ pendant les années 1975 à 1979.

	1975 Nombre de succès aux examens		1976 Nombre de succès aux examens		1977 Nombre de succès aux examens		1978 Nb. de succès aux examens		1979 Nb. de succès aux examens		Total Nb. de succès aux examens	
	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	F / T	%
Allergie	2	-	3	-	1	-	5	3	1	-	7/12	25%
Anatomie-pathologie	12	4	4	2	10	2	3	1	13	5	14/42	33%
Anesthésie-réanimation	21	3	11	5	18	2	12	2	16	6	18/78	23%
Biochimie médicale	2	-	4	1	1	-	2	1	3	1	3/12	25%
Cardiologie	21	-	18	2	12	-	15	-	9	-	2/75	2.6%
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	6	-	1	-	4	-	2	-	4	-	0/16	0%
Chirurgie générale	25	-	22	1	30	4	19	-	25	1	6/121	4.9%
Chirurgie orthopédique	18	-	14	-	10	-	14	-	15	-	0/71	0%
Chirurgie plastique	4	-	5	1	4	-	7	-	4	-	1/24	4%
Dermatologie	15	5	7	2	10	3	11	2	7	4	16/50	32%
Endocrinologie	6	2	6	2	10	2	7	3	4	1	10/33	30%
Gastro-entérologie	5	-	6	-	13	-	13	1	11	-	1/48	2%
Hématologie	6	-	6	1	7	2	9	3	9	2	7/37	22%
Hygiène et santé publique	1	-	2	-	1	1	-	-		-	1/4	25%
Médecine interne (f. complète)	23	1	17	1	17	1	24	1	49	3	7/131	5.3%
Médecine nucléaire	1	-	3	-	-	-	1	-	1	-	0/6	0%

TABLEAU XI (1° partie)

Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CFMC pendant les années 1975 à 1979.

	1975 Nombre de succès aux examens		1976 Nombre de succès aux examens		1977 Nombre de succès aux examens		1978 Nombre de succès aux examens		1979 Nb. de succès aux examens		Total Nombre de succès aux examens	
	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	F / T	%
Microbiologie médicale	7	2	5	1	3	-	7	-	5	2	5/27	18%
Néphrologie	8	-	9	2	3	-	11	2	6	-	4/37	11%
Neurochirurgie	1	-	1	-	1	-	2	2	5	-	2/10	20%
Neurologie et électro-encéphalographie	13	-	9	2	9	1	6	2	10	2	7/50	14%
Obstétrique & gynécologie	22	1	17	1	15	2	28	3	34	9	15/116	13%
Ophtalmologie	11	3	13	1	12	4	19	3	11	5	16/66	24%
Oto-rhino-laryngologie	7	-	8	-	11	-	7	-	10	2	7/43	4.6%
Pédiatrie (f. complète)	21	8	24	7	27	2	24	6	16	6	32/120	27%
Physiâtrie	1	-	0	-	3	-	-	-	3	-	0/7	0%
Pneumologie	7	-	13	1	9	1	12	1	9	1	4/50	8%
Psychiatrie	39	2	30	9	35	8	23	2	34	13	34/161	21%
Radiologie diagnostique	20	3	28	4	23	5	13	1	20	6	19/104	18%
Radiothérapie	1	-	1	-	-	-	3	2	-	-	2/5	40%
Rhumatologie	-	-	3	1	8	-	2	1	4	-	2/17	12%
Santé communautaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-/-	-
Urologie	6	-	3	-	6	-	5	-	3	-	3/23	0%

moins que le comité ne le pensait. De plus, les taux d'échecs deviennent comparables à ceux observés chez les hommes. Par contre, l'attraction vers la spécialité demeure moindre. Lors des consultations dans les universités, le comité a exploré la réaction des résidents et résidentes vis-à-vis de la possibilité d'organiser des études à temps partiel pour les femmes désirant des enfants en cours de résidence. Les réactions féminines vont depuis la volonté de concilier harmonieusement maternités et résidence grâce à un programme à temps partiel jusqu'au vif désir de ne pas bénéficier, en tant que femme, d'un "régime de faveur". Les résidents restèrent assez indifférents à cette proposition sauf quelques-uns désirant voir cette possibilité offerte à tous les candidats, hommes et femmes.

Le comité estime prématuré de faire des recommandations précises à ce sujet tout en souhaitant que les facultés de médecine et la Corporation soient assez souples à l'égard de telles demandes lorsqu'elles sont justifiées.

La modification du mode de pratique

La conception du mode d'exercice chez les jeunes médecins et les étudiants se modifie; il semble que la vie professionnelle ne soit plus l'objet exclusif de leurs préoccupations, ce dont on ne saurait les blâmer. De plus, un désir d'humaniser les soins requiert une plus grande disponibilité, du seul point de vue du temps. Il est probable que les nouveaux effectifs vont diminuer leurs heures de pratique professionnelle, augmenter la durée de leurs actes et ce d'autant plus facilement qu'on entre dans une période de saturation du marché.

Les modifications dans le mode de rémunération

Les modifications dans le mode de rémunération ne sont pas sans effet sur le mode de pratique. Il semble en effet que le plafonnement des revenus des médecins omnipraticiens commence à relentir leurs activités professionnelles et ce ralentissement serait davantage relié à un abaissement du nombre de jours travaillés plutôt qu'à une diminution du nombre d'actes dispensés quotidiennement.[1] Toutefois, il n'est pas montré que ce ralentissement justifie une augmentation du nombre des effectifs. Il n'existe aucune donnée similaire pour les médecins spécialistes.

Même si la question du mode de rémunération des médecins est d'actualité,[2] on peut difficilement prévoir quelles orientations politiques vont être prises et dans quels délais, de sorte que l'évaluation des effets des changements dans le mode de rémunération des médecins sur les besoins en main-d'oeuvre médicale spécialisée est actuellement purement spéculative.

2.1.3 La répartition des effectifs médicaux

L'atteinte d'un rapport médecin spécialiste/population acceptable, si tant est que l'on puisse définir un rapport acceptable, ne garantit pas la répartition harmonieuse de la main-d'oeuvre médicale

---

(1) Effets de certaines mesures de la deuxième entente des médecins omnipraticiens sur leur activité dans le cadre du régime d'assurance-maladie. RAMQ - juin 1979.

(2) Le système des honoraires modulés. Rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec - mars 1980.

spécialisée. Dans le cadre de cette étude, le comité n'est pas convaincu que l'existence de quatre programmes dans 23 spécialités et de trois programmes dans six autres, est un facteur de meilleure répartition des médecins spécialistes. Pour répondre à cette question, il faudrait faire une étude sur la distribution géographique des médecins spécialistes en fonction du lieu de leur formation post-doctorale. Comme on entre dans une ère de saturation du marché, la loi de l'offre et de la demande va devenir un facteur puissant dans le choix d'une spécialisation, beaucoup plus puissant que la disponibilité ou non d'un programme dans un endroit donné.

Il semble bien que les étudiants tiennent compte, entre autres choses, du facteur marché dans le choix d'une carrière. Par exemple, ils se demandent s'ils pourront exercer telle spécialité et à quel endroit. On doit, pour cette raison, tenir à leur disposition une information régulièrement mise à jour sur la distribution des effectifs médicaux afin d'éclairer leur choix.

2.1.4 L'émergence de nouveaux programmes

Une bonne façon, pour les programmes de formation, de répondre aux besoins de la population est d'être flexibles de sorte que de nouveaux besoins générés par la progression des connaissances scientifiques, par l'évolution des concepts de santé et de maladie, etc... entraînent des modifications dans les objectifs et le contenu des programmes. Ainsi, les hématologistes ont vu leurs activités s'étendre à l'oncologie et les microbiologistes à l'infectiologie et à la pharmacologie clinique. On devrait s'attendre à une redéfinition des objectifs et du contenu des programmes de formation dans ces spécialités afin de préparer les futurs professionnels à leurs nouvelles activités.

Lors de l'analyse des documents utilisés pour la présente étude, il est apparu qu'il existait quelques programmes de spécialisation ne donnant pas lieu à l'obtention d'un certificat de spécialité; il s'agit des programmes suivants:

- chirurgie pédiatrique (2 programmes)
- chirurgie thoracique (1 programme)
- infectiologie (1 programme)
- neuropathologie (1 programme)
- pathologie générale (1 programme)
- pharmacologie clinique (1 programme)
- médecine d'urgence (1 programme).

Ces programmes, notamment ceux dits de "sous-spécialité" ou de "surspécialisation" sont administrativement reliés à des programmes approuvés, donnent généralement lieu à 2 années supplémentaires de formation et sont organisés avec les ressources de différents départements et programmes. Par exemple, pour le programme de chirurgie pédiatrique de l'Université McGill, on exige que le résident ait d'abord complété sa formation en chirurgie générale; ensuite il doit faire 6 mois d'unité néo-natale (département de pédiatrie), 6 mois de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique ou d'urologie ou de chirurgie générale, puis 12 mois de prise en charge des unités de soins en chirurgie pédiatrique.

Il est intéressant de tenter de comprendre pourquoi ces programmes émergent et sont achalandés alors qu'ils ne donnent lieu à aucun privilège supplémentaire d'exercice professionnel au Québec. Des raisons parmi d'autres peuvent être avancées, elles sont différentes selon les cas et ne constituent qu'une partie de l'explication du phénomène. Pour la médecine d'urgence, on peut admettre qu'une certaine pression

sociale s'exerce pour exiger des services d'urgence efficaces et, si possible, selon le modèle américain; en outre l'organisation professionnelle de la médecine d'urgence permet une vie agréable. Pour l'oncologie, la pharmacologie clinique et l'infectiologie, le développement accéléré des connaissances et la nécessité de les faire progresser rapidement ne sont pas étrangers à leur émergence en tant que discipline autonome. En outre, pour l'infectiologie, le nombre de spécialistes exerçant au Québec ayant été formés aux Etats-Unis est assez important pour motiver le désir d'une identification de groupe, d'autant plus que leur champ d'activité est assez bien délimité. L'existence d'une certification de spécialisation décernée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada n'est pas sans lien avec la présence de programmes en chirurgie pédiatrique, en chirurgie thoracique et en pathologie générale. Pour la neuropathologie et peut-être aussi pour la chirurgie pédiatrique, on peut se demander si l'abondance des ressources et les besoins d'établissements surspécialisés (institut et hôpitaux pédiatriques) n'ont pas motivé, en partie, l'organisation d'un programme de surspécialisation.

Si l'émergence d'une spécialité donne généralement lieu à l'organisation de nouveaux programmes, l'organisation de nouveaux programmes ne donne pas nécessairement lieu à l'émergence de nouvelles spécialités. L'organisation de nouveaux programmes à l'intérieur de programmes existants témoigne d'une assez bonne souplesse du système. Toutefois, cette souplesse, bonne en soi, a l'inconvénient d'éviter de donner une structure administrative propre à ces programmes, d'avoir à les défendre et du même coup évite de procéder à une analyse de besoins, à l'identification d'objectifs spécifiques et de s'exposer à l'évaluation par les pairs.

Dans une perspective strictement académique, il est regrettable

que les universités soient, en quelque sorte, à la remorque des décisions corporatives quant à l'émergence de nouveaux programmes: pas de certification, pas de programme. Ainsi, le programme de pharmacologie clinique de l'Université McGill est suffisamment justifié aux yeux de la Corporation pour que 4 postes de médecine interne soient réservés aux résidents de ce programme[1] mais insuffisamment justifié pour constituer un programme autonome.

Un programme en émergence devrait au moins être considéré comme un projet pilote et, comme tel, devrait donner lieu à une évaluation après un nombre raisonnable d'années de fonctionnement, 5 ans par exemple. A la suite de cette évaluation, ou bien le programme est justifié et doit alors s'ériger en programme définitif et indépendant avec les exigences et les contraintes y afférant, ou bien ce programme doit cesser d'exister.

Il demeure surprenant que les universités ne défendent pas l'organisation d'un nouveau programme si elles sont convaincues de leur bien-fondé, indépendamment de l'existence ou non d'une certification professionnelle. Ces programmes donneraient lieu à une diplômation universitaire et l'on rejoint ici les préoccupations du comité sur la diplômation (page 95). Ainsi, il est dommage que l'Université McGill n'ait jamais soumis ses programmes d'infectiologie et de pharmacologie clinique à l'approbation du Conseil des universités alors qu'ils fonctionnent depuis environ 10 ans.

De son côté, la Corporation professionnelle des médecins du

---

(1) Liste des agréments en vigueur le 1er juillet 1980. Corporation professionnelle des médecins du Québec - 1980-1981.

Québec continuerait d'appliquer les critères justifiant l'émergence d'une spécialité médicale, critères qu'elle a bien définis lorsque s'est posé le problème de la création d'une spécialité en gériatrie.[1] On peut les résumer ainsi:

- une spécialité médicale doit s'appliquer à un champ de connaissance spécifique;
- une spécialité médicale peut se justifier par l'utilisation d'une technologie spécifique;
- la recherche dans cette discipline doit laisser prévoir une expansion du champ des connaissances et de leurs applications;
- la création de cette spécialité doit concourir à l'amélioration de la distribution des soins;
- on doit prévoir un nombre suffisant de spécialistes pour justifier l'organisation d'un groupe.

En conclusion, comme il est difficile de cerner avec précision les besoins en santé de la population et en particulier les besoins en main-d'oeuvre médicale, il est peu rationnel de se servir des besoins de la population comme argument majeur de rationalisation des programmes de spécialisation. Le meilleur service que les programmes de formation peuvent offrir actuellement à la population consiste à mettre sur le marché des spécialistes compétents, objectif directement relié à la valeur pédagogique des programmes. Cette remarque n'est nullement en contradiction avec la nécessité d'adapter les objectifs et le contenu des programmes aux besoins de la population.

---

(1) La gériatrie. Rapport du Comité ad hoc présenté au Comité administratif de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. 1978.

2.2 Les programmes de formation en spécialité médicale doivent répondre aux besoins de la clientèle étudiante

2.2.1 La satisfaction des spécialistes en regard de leur formation

Il serait intéressant d'avoir une perception du degré de satisfaction des médecins spécialistes en regard de la formation qu'ils ont reçue, une fois insérés dans la vie professionnelle. Peu d'études[1] ont été faites en ce sens et l'on peut se demander si elles ne répondraient pas à certaines préoccupations des responsables des programmes de formation.

Récemment, l'Association des internistes de la province de Québec a publié un mémoire fort pertinent sur le programme des études de médecine interne.[2] On y remet en question le bien-fondé de former de la même façon un spécialiste qui exercera en Gaspésie et un spécialiste qui exercera dans un centre spécialisé de Montréal. Cette remarque constitue un argument en faveur de la nécessité de rendre les programmes de formation plus flexibles qu'ils ne le sont actuellement.

2.2.2 La formation spécialisée acquise en dehors du Québec

Des résidents ayant obtenu leur doctorat en médecine au Québec vont effectuer une partie de leur formation dans les autres provinces canadiennes, les Etats-Unis ou en Europe.

---

(1) Survey of Royal Victoria Residents now Practicing. Department of Medicine 1974. H.M. Scott (non publié).

(2) Mémoire sur le curriculum des études en médecine interne. Association des internistes de la province de Québec. Avril 1979.

Le nombre des résidents qui vont acquérir une partie de leur formation aux Etats-Unis diminue actuellement en raison de restrictions survenues dans les normes d'immigration aux Etats-Unis depuis l'année 1976, normes encore plus sévères depuis 1978.

Le Tableau XII ci-dessous montre que le nombre de résidents étudiant aux Etats-Unis est passé de 186 (1973) à 80 (1977) alors que pendant cette même période, le nombre de médecins diplômés des Etats-Unis en formation dans les universités québécoises, soit comme résidents, soit comme moniteurs boursiers, était de 105 (1973) et 90 (1977) pour atteindre 42 en 1979. On voit donc qu'il y a un certain équilibre de la circulation des résidents entre le Québec et les Etats-Unis.

TABLEAU XII Comparaison entre les diplômés (m.d.) du Québec étudiant aux Etats-Unis et les diplômés (m.d.) des Etats-Unis étudiant au Québec.

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Nombre de diplômés du Qué. dans les programmes de rés, aux Etats-Unis (1)	186	177	?	118	80	?	?
Nombre de diplômés des U.S.A. dans les programmes de résidence québécois(2)	105	137	114	110	90	77	42

(1) Medical Education in the United States 1977-1978. J.A.M.A. 240:26:2809-2928. Déc. 1978

(2) Données publiées par la CPMQ.

Nous ne pourrons faire la comparaison entre le Québec et les autres provinces canadiennes que pour l'année 1978-79 (Tableau IV, page 26). 164 résidents diplômés des autres provinces canadiennes étaient en formation au Québec tandis que 121 diplômés du Québec étaient dans les autres provinces.

Pour tenter de savoir si les résidents allaient dans les autres provinces canadiennes et à l'étranger parce que certains programmes québécois étaient déficients, nous avons identifié les stages pour lesquels les résidents en formation au Québec sont sortis du Québec pendant leur formation. Cette analyse n'a porté que sur les candidats aux examens de certification de l'année 1979 (Annexe VI, page 317).

On apprend que 68 candidats diplômés des facultés de médecine du Québec sur 299[1] sont sortis de la province pour une durée moyenne de 1,8 année. 30% de ces étudiants étaient des résidents juniors, 40% des résidents seniors et 30% des résidents V et VI. On ne peut pas dire que ces candidats se répartissent dans la totalité des spécialités mais on n'observe toutefois aucune concentration significative dans l'une ou l'autre spécialité.

Dix candidats sur 68 sont allés acquérir une formation dans des spécialités non reconnues actuellement au Québec: la gériatrie, l'infectiologie, l'oncologie et la pharmacologie clinique.

En conséquence, il semble que les résidents changent de milieu pendant leur formation beaucoup plus pour élargir leurs horizons et s'exposer à des expériences et à des milieux différents que pour compenser des déficiences dans les programmes locaux. Il ne semble pas non plus qu'ils sortent à cause d'un manque de place dans les programmes québécois puisque dans 70% des cas il s'agit de résidents seniors.

---

(1) Sur 480 candidats aux examens de certification, 299 étaient diplômés (m.d.) du Québec (Tableau X, page 49).

2.2.3 Les médecins diplômés en dehors du Québec en formation spécialisée dans les programmes québécois

La politique du ministère des Affaires sociales vise à favoriser la formation d'une plus grande proportion de médecins omnipraticiens mais vise également à diminuer le nombre de diplômés étrangers (Etats-Unis et autres pays) dans les programmes québécois.

La directive du ministère des Affaires sociales de janvier 1979[1] indique que le nombre des RIII, RIV et RV diplômés hors Canada ne devra pas dépasser 15% du nombre total des internes et résidents et que le nombre de RI et RII diplômés hors Canada ne devra pas dépasser 10% dans chacune des facultés de médecine. La population des résidents étrangers dans les programmes québécois a notablement diminué (Tableaux XIII et XIV, pages suivantes) même si l'objectif n'est pas encore tout à fait atteint (Tableau XV, page 66). Il est intéressant de remarquer que le nombre des résidents immigrants diplômés en dehors de l'Amérique du Nord a commencé de diminuer bien avant le contingentement des postes d'internes et de résidents en partie à cause de la modification de la loi médicale qui abolit la nécessité d'avoir acquis la citoyenneté canadienne[2] pour obtenir un permis d'exercice.

Cette diminution des résidents étrangers va se répercuter de façon inégale sur les différents programmes. On peut s'interroger sur

---

(1) Détermination des postes rémunérés d'internes et de résidents pour l'année universitaire 1979-80. Circulaire no. 44-30-01 du 79-01-24 émanant du ministère des Affaires sociales.

(2) Requerrant 5 ans de séjour au Canada avant d'être admissible à la citoyenneté.

TABLEAU VIII Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de cliniques et de recherche, dans la province de Québec selon l'origine du m.d., de 1965-66 à 1979-80.
(Rapports annuels de la Corporation professionnelle des médecins du Québec).

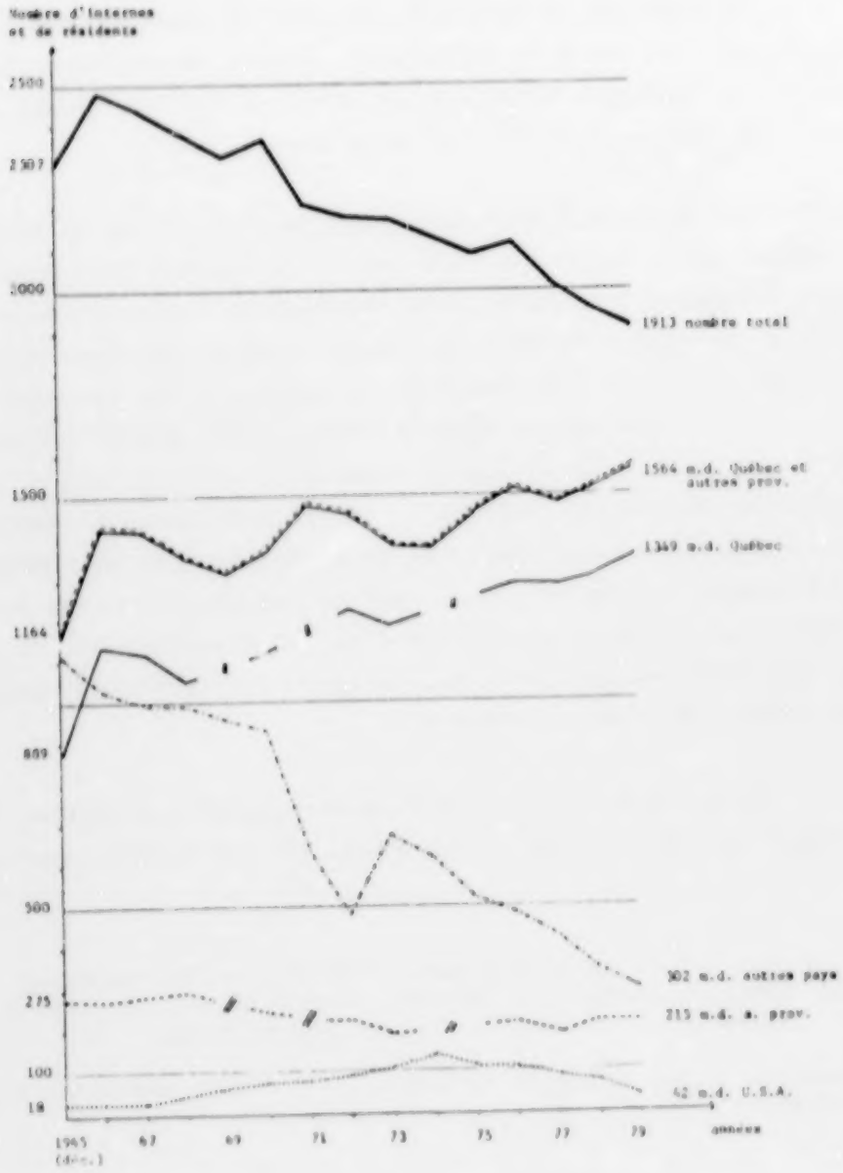


TABLEAU 81V Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, présents dans les programmes québécois, de 1976-77 à 1979-80. (Rapports annuels de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et données provenant du rapport Opération Sciences de la Santé).

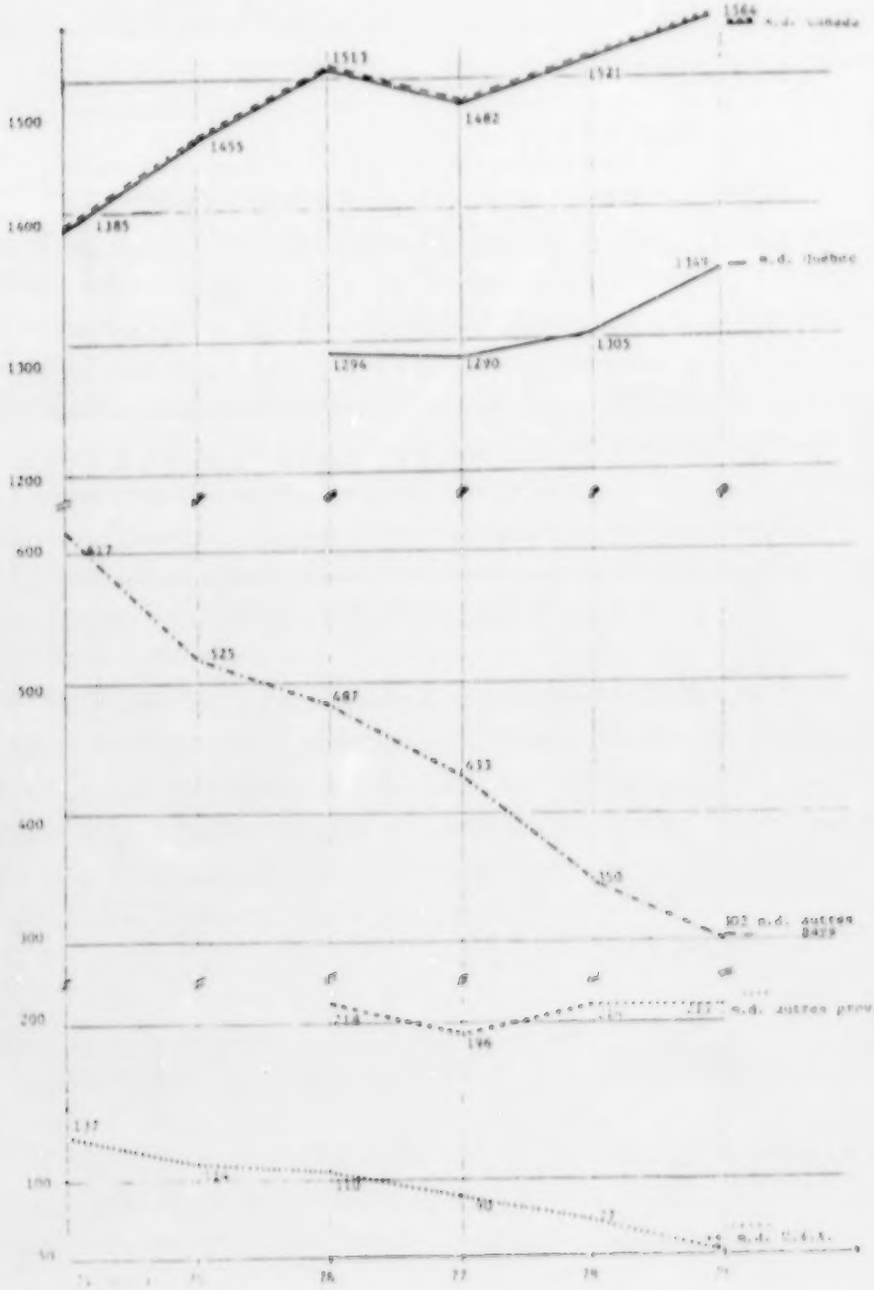


Tableau II.10 Répartition des internes et résidents selon l'origine du diplôme dans les différentes universités du Québec au 31 mai [illegible] 1976-77 à 1979-80). Données publiées par la CPMQ.

		1976-77		1977-78		1978-79		1979-80	
		Moniteurs (1) inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus
LAVAL	M.D. Québec	340	340	333	333	320	316	324	322
	M.D. autres provinces	3	3	3	3	1	1	0	0
	M.D. U.S.A.	1	1	0	0	0	0	0	0
	M.D. autres pays	47	47	50	50	34	33	26	25
	total:	391	391	386	386	355	350	350	347
MONTREAL	M.D. Québec	489	488	488	485	494	482	491	486
	M.D. autres provinces	8	8	10	10	7	7	14	14
	M.D. U.S.A.	4	176	1	151	1	110	0	0
	M.D. autres pays	177		154		122		115	109
	total:	675	670	653	646	624	599	620	609
McGILL	M.D. Québec	369	365	357	349	309	253	402	391
	M.D. autres provinces	206	205	178	169	208	195	201	192
	M.D. U.S.A.	105	309	89	255	75	204	47	145
	M.D. autres pays	227		190		163		139	
	total:	907	879	814	773	815	752	789	727
SHERBROOKE	M.D. Québec	93	91	112	112	122	121	132	132
	M.D. autres provinces	2	2	1	1	0	0	0	0
	M.D. U.S.A.	0	0	0	0	3	3	0	0
	M.D. autres pays	36	36	39	39	31	31	25	25
	total:	131	129	152	152	156	155	157	157

(1) Il s'agit des moniteurs ("fellow") de clinique, de recherche et de clinique et de recherche, toutefois non rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

l'évolution du taux d'occupation de certains d'entre eux dont l'achalandage est très petit (Tableau XXII, page 156) ou constitué de nombreux diplômés étrangers (Annexe VIII, page 333).

Même si le nombre de résidents étrangers diminue, on doit s'inquiéter du fait que les taux d'échec aux examens de spécialité restent beaucoup plus élevés pour le groupe des diplômés hors Canada et hors Etats-Unis bien qu'ils se soient notablement améliorés (Tableau X, page 49). Cet écart est-il relié à leur formation pré-doctorale généralement très différente de la formation pré-doctorale nord-américaine? On constate d'ailleurs sur ce même tableau que les diplômés des Etats-Unis ont une meilleure performance aux examens de spécialité que la performance du groupe. On peut alors se demander si les programmes de résidence répondent suffisamment aux besoins des étudiants ayant fait leurs études pré-doctorales hors de l'Amérique du Nord?

Même si la sélection des candidats diplômés en dehors du Canada devient plus sévère en raison du contingentement, le comité se demande si les programmes de résidence ont suffisamment le souci de répondre aux besoins spécifiques d'étudiants ayant fait leurs études pré-doctorales en dehors du continent nord-américain, surtout pendant l'internat et les premières années de résidence.

2.3 La rationalisation des programmes de spécialisation doit tendre, entre autres objectifs, à optimiser les coûts de formation

Le financement des programmes de spécialisation médicale au Québec relève du ministère de l'Education depuis 1970. Ce mode de financement est probablement unique au Canada et même en Amérique du Nord où il ne

s'effectue, pour ces programmes, aucun financement par le biais de l'éducation. Quelques provinces canadiennes réclament actuellement un financement identique. Même si au Québec le ministère de l'Education finance les programmes de résidence, il faut reconnaître qu'une partie de l'enseignement est encore donnée bénévolement de sorte qu'on se situe entre le système français et le système britannique. En effet, en France, le ministère finance intégralement l'enseignement médical puisque seuls les plein-temps universitaires enseignent alors qu'en Grande-Bretagne, la formation post-doctorale est intégralement fondée sur le préceptorat de sorte que les coûts en salaire ne sont pas identifiés.

Avant 1970 au Québec, les professeurs plein-temps universitaires enseignaient surtout au premier cycle; la formation au niveau de l'internat et des résidences était fondée en grande partie sur un préceptorat bénévole.

En 1970, lors de la prise en charge des programmes de résidence par les universités, le ministère de l'Education a demandé aux universités d'établir les budgets requis pour l'enseignement post-doctoral. Les programmes se sont organisés, des structures administratives ont été mises en place et l'évaluation des coûts en salaire a été réalisée. Il s'agissait ici des coûts directs de l'enseignement et non des coûts indirects et des coûts supplémentaires dont nous parlerons plus loin.

L'analyse des formulaires financiers fournis chaque année par les universités au ministère de l'Education ne permet pas de cerner les coûts d'un programme. En effet, les coûts directs reliés à l'enseignement lui-même sont identifiables faculté par faculté mais non niveau par niveau (pré-doctoral, post-doctoral) et encore moins programme par programme car les enseignants des programmes de spécialisation sont aussi les

enseignants du programme pré-doctoral. Peut-on distinguer avec précision la part du temps professoral consacrée aux uns et aux autres? En outre, les étudiants des programmes pré-doctoraux demandent généralement une présence professorale plus considérable que les étudiants des programmes post-gradués, sans oublier le temps consacré aux autres professionnels de la santé et à l'enseignement médical continu. On doit de plus remarquer qu'une partie de l'enseignement peut être assumée par des professeurs subventionnés pour des activités de recherche.

De plus, dans l'activité quotidienne de l'enseignement clinique, il est impossible de dissocier l'activité reliée aux soins de l'activité reliée à l'enseignement. Lorsqu'un radiologiste interprète des radiographies entouré de deux résidents, on ne peut cerner la fraction de son énergie et de ses compétences consacrée à l'étudiant et celle consacrée au malade. Lorsqu'un enseignant surveille un étudiant en train d'effectuer une technique complexe, l'activité "soins" au sens strict du terme est faite par l'étudiant mais le temps que l'enseignant consacre à le surveiller est généralement plus considérable que le temps qu'il aurait mis à effectuer la technique lui-même.

En outre, les programmes d'internat et de résidence se déroulent en milieu hospitalier de sorte qu'on doit se demander si l'enseignement augmente les coûts hospitaliers? La Direction générale du financement du ministère des Affaires sociales a pris des mesures pour tenter de cerner cette question[1] en comptabilisant pour chaque programme d'enseignement intra-hospitalier:

---

(1) Cahier de méthodologie de calcul des coûts de l'enseignement 1977. Ministère des Affaires sociales. Direction générale du financement.

- les coûts directs: salaires et avantages sociaux, coûts directement imputés à l'enseignement;

- les coûts indirects assumés pour les services généraux;

- les coûts supplémentaires occasionnés par la surutilisation de certains services.

Toute la question réside dans l'identification des coûts supplémentaires à cause de l'interrelation permanente des soins et de l'enseignement au niveau des actes médicaux.

Dans la méthode proposée, il est demandé aux administrateurs hospitaliers de relever un dossier tous les 100 dossiers et de préciser s'il s'agit d'un dossier où les étudiants sont intervenus ou bien s'il s'agit d'un dossier où les étudiants ne sont pas intervenus. On calcule alors la moyenne d'utilisation des facteurs retenus pour les deux catégories de dossiers et on fait un exercice mathématique pour évaluer la surutilisation. La méthodologie proposée est discutable puisque, dans de nombreux dossiers, les étudiants peuvent n'être intervenus que pour une partie des actes seulement.

Toutes ces restrictions étant faites, quand bien même aurait-on démontré que les hôpitaux d'enseignement coûtent plus cher que les hôpitaux où il ne se fait pas d'enseignement, on n'aurait pas pour autant démontré que l'enseignement est le facteur majeur de l'augmentation des coûts puisque ces hôpitaux dispensent en général des soins surspécialisés et des soins tertiaires qui demandent de gros moyens d'évaluation para-cliniques et de traitement.

---

(1) Il s'agit ici des budgets hospitaliers consacrés à l'enseignement et non des budgets universitaires.

Toutefois, même si l'on admettait que l'enseignement est un facteur important de l'augmentation des coûts hospitaliers, on n'aurait pas pour autant précisé si les coûts sont surtout imputables aux étudiants en médecine des programmes de résidence, aux étudiants en médecine du programme pré-doctoral ou aux autres étudiants professionnels de la santé. On aura encore moins précisé que le programme de résidence en chirurgie générale d'une université, pour donner un exemple, coûte plus cher ou coûte moins cher que le programme de résidence en chirurgie générale d'une autre université.

Ces interrelations permanentes entre les différents programmes de formation (externat, internat, résidence, autres professions de la santé) et entre les soins et l'enseignement sont une entrave certaine à l'identification des coûts réels. Le comité se demande si elle est insurmontable en particulier au niveau de l'établissement des coûts directs, par programme.

Lors des visites de consultation dans les universités, le comité a remarqué un souci réel de la part des administrateurs universitaires à l'endroit des coûts des programmes en même temps qu'une certaine désillusion quand il s'agissait des coûts de l'enseignement clinique. Par contre, le même souci n'a pas été observé chez quelques directeurs de département ou de programme qui pensent que l'existence d'un programme de résidence, qu'il y ait ou non des résidents, ne change rien au budget global d'une faculté de médecine.

Le comité accepte difficilement cette assertion. Même si un résident effectue un stage dans un service où les médecins ne touchent aucun salaire ou forfait universitaire, ces médecins ne lui consacrent pas moins du temps ... et qu'on le veuille ou non, "le temps, c'est de l'argent".

Il fut mentionné que lorsqu'un service reçoit un ou deux résidents de façon épisodique "on s'arrange pour les accommoder sans que cela ne dérange trop"... Le comité est convaincu que dans un tel contexte, on peut douter de la qualité pédagogique du stage.

S'il est probable que le maintien d'un programme de résidence n'augmente pas le budget global d'une faculté de médecine pour une année donnée, il est certain qu'il l'augmente à long terme. En effet, l'existence de ce programme, même s'il y a peu ou pas de résidents, va justifier des tâches universitaires et par là, mobiliser des enseignants qui pourraient se consacrer à d'autres étudiants; il va en outre justifier, à un moment donné, un recrutement professoral au détriment de secteurs ou d'objectifs prioritaires de l'établissement. Le maintien ou la fermeture de programmes à très petit achalandage pose le problème fondamental de l'allocation des ressources dans une conjoncture de restrictions budgétaires: est-il préférable pour les facultés de médecine de disperser temps, argent et énergie pour maintenir à tout prix tous les programmes, ou bien est-il préférable d'établir des priorités et d'allouer les ressources en conséquence.

Le comité est toutefois bien conscient qu'une limitation éventuelle du nombre de programmes ne va pas avoir des effets immédiats sur la réallocation des ressources car de nombreux facteurs entravent la mobilité des enseignants: les conventions collectives pour les universités Laval et de Montréal, les dispositions législatives de la loi 103. On doit reconnaître cependant que le médecin enseignant qui n'a plus de résident dans sa spécialité a encore le privilège d'enseigner à des résidents de spécialités connexes, à des internes et à des externes.

Bien qu'il soit évident qu'il faille tenir compte des coûts des

programmes lors d'une étude de rationalisation, le comité a acquis la certitude du caractère irréaliste d'une telle entreprise avec les données disponibles actuellement dans les universités, les hôpitaux et les ministères même s'il avait eu le temps et les ressources nécessaires pour la faire.

En conclusion, on doit admettre que c'est une obligation sociale de savoir ce que coûte tout système financé, même en partie, par les fonds publics. Cette remarque doit s'appliquer au domaine de la santé comme aux autres domaines. Une étude sérieuse de coûts ne pourra être faite que de façon prospective en prévoyant dans les budgets des années à venir des catégories permettant d'identifier les coûts réels.

Si le comité est persuadé qu'il est illusoire de se servir des coûts pour justifier une rationalisation des programmes, il est convaincu qu'une rationalisation des programmes se basant sur leur valeur pédagogique va avoir des retombées bénéfiques à long terme au niveau des coûts.

LA RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE: LES CRITERES RELIES A LEUR VALEUR PEDAGOGIQUE

Les critères majeurs de la rationalisation retenus par le comité sont reliés à la valeur pédagogique des programmes. S'il est difficile de définir ce qu'est un bon programme, il est relativement aisé de préciser les qualités d'un programme idéal et un programme sera d'autant meilleur qu'il se rapprochera de cet idéal.

Nous définirons les caractères d'un programme idéal en nous intéressant successivement

- aux objectifs du programme
- aux conditions d'admission
- à la description du programme
- aux ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques
- à l'évaluation des étudiants
- à l'évaluation du programme.

De plus, le comité s'est interrogé sur les répercussions de l'existence ou non de chaque programme de spécialisation sur les autres programmes d'une faculté de médecine: programme pré-doctoral, autres programmes de résidence, programmes de deuxième et troisième cycles universitaires.

Tout au long de ce chapitre, chaque critère retenu sera indiqué dans la marge. Son numéro correspond à celui de la liste complète des critères retenus (Tableau XIX, page 114).

3.1 Les objectifs du programme

Critère 1 Les objectifs doivent être définis de façon suffisamment claire et précise pour que les étudiants et les enseignants en aient la même compréhension, même s'ils ne sont pas rédigés en terme de comportements observables. La pertinence des objectifs peut être analysée sous deux angles: celui des besoins de la population et des grandes orientations politiques de la santé et celui des besoins des étudiants selon le type de carrière professionnelle choisie. Il s'agit alors autant de la pertinence des objectifs que de l'adaptation des programmes aux besoins individuels qui doivent être la préoccupation des établissements universitaires, des responsables des programmes et des enseignants.

Pour des raisons évidentes d'expertise et de temps, le comité n'a pas évalué la pertinence des objectifs, il n'a pu que vérifier leur existence ou non dans chacun des programmes.

3.2 Les conditions d'admission

Critère 2 Les conditions d'admission doivent être précisées tant du point de vue de la formation et de l'expérience antérieures du candidat que du point de vue des diplômes requis.

3.3 La description du programme

Un principe fondamental de l'enseignement clinique est la prise progressive des responsabilités professionnelles. Or, les résidents deviendront des praticiens de la santé et/ou des universitaires. Critère 3 Une description des responsabilités du résident tant sur le plan des soins que sur le plan de l'enseignement pour chaque niveau de résidence est nécessaire ne serait-ce que pour procéder à son évaluation tout au long de sa formation. Si un résident IV a les mêmes responsabilités qu'un résident III, on peut s'interroger sur la justification pédagogique de cette quatrième année surtout si le contenu des stages n'est pas nouveau.

Critère 4 Les objectifs et le contenu des différents stages doivent être précisés car on a déjà vu des stages obligatoires être plus justifiés par les besoins d'un service que par leur rôle dans la formation du résident. De plus, si un résident a déjà atteint les objectifs d'un stage, il peut, grâce à une identification claire des objectifs, choisir un autre stage qui lui convient.

Pour permettre une certaine flexibilité de la formation

Critère 5 du résident, on doit prévoir des stages optionnels (option parmi un éventail défini de stages possibles) et des stages de libre choix. Le comité tient à faire remarquer qu'un stage optionnel ne doit pas être la reprise d'un stage obligatoire (seulement justifiée par l'échec du dit stage) ni la possibilité "sur papier" de faire tel ou tel stage alors que les ressources du milieu ne permettent pas de les offrir. Une information précise concernant les secteurs d'excellence ou les champs d'intérêt spécifique des autres facultés de médecine de la province permettrait d'élargir le choix des résidents pour leurs stages optionnels et de libre choix.

Critère 6 La durée des stages ne doit pas être nécessairement définie a priori. Cette durée ne se justifie pas tant par l'acquisition des connaissances que par l'acquisition d'attitudes et d'habiletés techniques. La durée des stages doit finalement être fonction de l'atteinte des objectifs par l'étudiant, ce qui implique la mise en place d'un système d'évaluation en cours de formation directement relié aux objectifs. On assisterait alors à une revalorisation de l'évaluation en cours de formation puisqu'elle conduirait à une prise de décisions aussi concrètes que l'allongement du stage en cours ou la possibilité d'entreprendre immédiatement un autre stage.

Critère 7 Lorsque des stages s'effectuent dans d'autres programmes, par exemple un stage de pneumologie pour le résident en anesthésie-réanimation, les objectifs du stage hors-programme doivent être définis par le programme principal. La planification pédagogique du stage et l'évaluation du résident demeurent la responsabilité du programme d'accueil.

Critère 8 Lors de la planification des programmes, les responsables doivent tenir compte de la complémentarité des différents milieux de formation de la province. On vient d'y faire allusion à propos des stages optionnels. On peut même concevoir que certains stages soient obligatoirement effectués dans une autre faculté. Quoiqu'il en soit, que ce soit pour des stages obligatoires, optionnels ou de libre choix, les programmes doivent être explicites sur les ressources offertes par les autres facultés de médecine de la province et sur les modalités d'application de cette complémentarité des programmes.

Critère 9 On doit planifier les stratégies pédagogiques autres que l'enseignement clinique nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme: séminaires, clubs de lecture, corrélations anatomo-cliniques, présentations cliniques, participation à l'enseignement pré-gradué, etc.

En dehors de ces activités pédagogiques traditionnelles, le comité s'attend à trouver dans les programmes de résidence des précisions concernant les cours hors programme, les activités de soins en clinique externe et l'apprentissage à l'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Critère 10 En effet, pour certaines spécialités des cours hors-programme pourraient être soit exigés, soit recommandés, par exemple un cours de nutrition de deuxième cycle universitaire pour les résidents en pédiatrie ou un cours de neuro-pathologie pour les résidents en neurologie. Le comité a l'impression qu'il existe un cloisonnement entre les programmes de

résidence et les programmes de deuxième et troisième cycles. On verra si cette impression se vérifie lors de l'analyse des programmes.

L'apprentissage clinique des résidents s'effectue exclusivement en milieu hospitalier alors qu'une grande partie de leurs activités professionnelles consistera à donner des

Critère 11 soins à des malades ambulants. Pour cette raison, le résident doit avoir des activités cliniques et des responsabilités de soins en clinique externe prévues comme les autres activités afin qu'elles soient protégées et organisées matériellement.

Dans la mesure où le médecin spécialiste est la personne la plus compétente dans le champ de sa spécialité, on doit s'attendre à ce qu'il dispense des soins de haute qualité et qu'il sache vérifier la qualité des actes qu'il pose. Pour cette raison, dans un programme idéal, on doit prévoir

Critère 12 un apprentissage aux techniques d'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins.

Lors de la consultation des universités à propos de la présente étude, le comité a constaté qu'aucun des 40 résidents rencontrés ne différencie bien clairement ce que l'on entend par évaluation de l'acte médical et évaluation de la qualité des soins. La notion d'évaluation de l'acte médical reste floue et reliée à diverses activités telles que:

- l'activité clinique quotidienne, par confrontation avec les enseignants et les autres résidents;

- la revue de protocoles thérapeutiques;

- la participation à des comités hospitaliers dits "de mortalité" et "de morbidité", ce qui n'est qu'une facette du problème;

- la revue de dossiers lors de confrontations anatomo-cliniques.

Les résidents ne semblent pas conscients que l'évaluation de l'acte médical se fait selon une méthodologie rigoureuse et qu'il convient de faire une différence entre l'évaluation de l'acte médical, l'évaluation de la qualité des soins et la recherche. Dans le premier cas, il s'agit de vérifier si la prise en charge des malades d'un médecin ou d'un groupe de médecins a été faite selon les normes de qualité reconnues comme étant les meilleures au moment de l'étude. Dans le deuxième cas, il s'agit d'évaluer l'impact sur la santé d'une population ou d'un groupe d'individus, d'un certain type de soins. L'évaluation de la qualité des soins comporte généralement outre la mesure de son impact sur la santé, l'évaluation du coût et du rendement du programme évalué. Quant à la recherche, quel que soit le domaine concerné, elle a pour finalité l'avancement du savoir.

Les informations recueillies lors de la consultation ont convaincu le comité de la nécessité de conserver ce critère lors de l'analyse des programmes.

Dans le document de travail que le comité a soumis aux

universités pour consultation, la position vis-à-vis des

Critère 13 stages de recherche était un peu utopique. Il était dit "qu'idéalement, chaque résident devrait être exposé pendant sa formation aux méthodologies de la recherche; à cette fin il devrait participer activement à un stage de recherche qui aurait ses objectifs propres, serait planifié et évalué car cette démarche est irremplaçable pour développer l'esprit critique et percevoir les limites de la médecine ainsi que ses propres limites". On ajoutait cependant qu'il était irréaliste de le rendre obligatoire actuellement.

Il semblait au comité que l'introduction d'un stage de recherche permettrait, peut-être, de redresser la barre d'une situation inquiétante dans la recherche clinique. Alors que la recherche bio-médicale est la recherche la plus subventionnée, on observe une désaffection des jeunes médecins pour la carrière de chercheur. Cette désaffection n'est pas spécifique au Québec; elle concerne l'ensemble du continent nord-américain. Aux Etats-Unis, 1 200 médecins ont entrepris une formation en recherche en 1977 alors qu'il y en eut 3 500 en 1974;[1] le nombre de médecins demandant des fonds de recherche en tant que chercheur principal nouveau près du National Institutes of Health a diminué de 35% (471 à 306) entre 1966 et 1975.[2]

---

(1) AAMC. Ad hoc Committee on problems of training of clinical investigators. July 10, 1979.

(2) A new Physician Manpower Shortage: clinical investigators. New Engl. J. Med. 300: 10. 1108-09.

Il est difficile pour le comité de juger si les inquiétudes généralement entretenues à propos de la désaffection des médecins à une carrière de chercheur sont justifiées, en particulier dans le milieu québécois. Il est toutefois probable qu'elles le soient.

Par ailleurs, une étude récente de l'Association des facultés de médecine canadienne[1] montre que de la première année de médecine à l'externat, environ 5% des étudiants se destinent à la recherche avec un plus fort attrait chez les garçons (4 à 8%) que chez les filles (2 à 5%) alors que 2,5% supplémentaires ont un certain intérêt pour la recherche mais n'y feront carrière que si les circonstances et les conditions matérielles sont favorables.

L'abandon du projet d'aller en recherche est relié soit à une expérience personnelle en recherche qui s'est avérée négative soit et surtout à l'insécurité matérielle des premières années d'une telle carrière. La conclusion est formelle: le véritable moyen de conserver les chercheurs potentiels provenant des facultés de médecine est d'améliorer les conditions d'emploi, le plan de carrière et la rémunération.

Le comité retient de cette étude que le vrai problème n'est pas de motiver n'importe quel résident à entreprendre une carrière de recherche mais de permettre aux résidents qui le désirent de faire un stage prolongé en recherche dans des

---

(1) The Attractiveness of Careers in Research to Canadian Medical Students. ACMC. 14 oct. 1979.

conditions matérielles acceptables.

Il est vrai qu'actuellement, à de rares exceptions près, la recherche ne fait pas partie du programme de spécialisation même dans les départements ayant une infrastructure de recherche solide et même dans ce cas, il n'y a pas nécessairement de lien ni d'échange entre le programme de résidence et les programmes de maîtrise et de doctorat.

Par contre, si les normes minimales de formation n'imposent pas explicitement de stage en recherche, elles ne l'interdisent toutefois pas. D'ailleurs, le comité d'examen des titres ne fait pas de difficulté pour reconnaître de tels stages lors de l'évaluation de l'admissibilité d'un candidat aux examens de spécialisation, à condition que les stages cliniques obligatoires aient été faits.

Le mode de financement des résidents ne favorise pas leur implication en recherche car ils sont payés pour dispenser des soins alors qu'une activité de recherche sérieuse suppose que le résident soit libéré de ses responsabilités cliniques. Lors des consultations, les rares résidents qui avaient effectué une année de recherche l'avaient réalisée en allongeant leur formation et dans des conditions matérielles difficiles. Le comité estime que le stage de recherche doit pouvoir s'effectuer pendant les 4 années de formation régulière et que le résident en stage de recherche conserve l'équivalent de son salaire quelle que soit la source de la rémunération.

Si l'amélioration des conditions matérielles d'un stage en recherche est importante, il est capital qu'il soit donné dans les programmes autant d'attention dans la planification d'un tel stage, même s'il est optionnel, que dans celle d'un stage clinique car une telle activité ne s'improvise pas. Il doit comporter des objectifs, les conditions de réalisation et son évaluation. Compte tenu des ressources humaines et matérielles requises, il est évident que l'ensemble des programmes ne pourront offrir un tel stage et la complémentarité provinciale prend encore ici tout son intérêt.

Le comité a retenu comme critère de la valeur pédagogique d'un programme l'existence d'un stage de recherche à condition que, lors de l'analyse des programmes, on trouve les conditions de réalisation du stage associées à la "possibilité" de le faire.

3.4 Les ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques

Idéalement, elles doivent être adéquates en quantité et en qualité.

Critère 14 — Les qualifications et la tâche du directeur du programme doivent être définies: qualification professionnelle, expérience d'enseignement aux résidents, description de la fonction et des responsabilités, durée du mandat. Lors de l'analyse des programmes, nous nous sommes assurés seulement de la présence ou non d'un directeur de programme.

Critère 15 Les ressources professorales peuvent s'évaluer en quantité et en qualité. La qualité du corps professoral à laquelle est directement reliée la qualité d'un programme s'apprécie par le niveau des diplômes, les titres universitaires et la diversité des champs d'intérêt de l'ensemble des professeurs ainsi que par leur expérience non seulement au niveau des soins mais en enseignement et en recherche. Cette qualité doit demeurer la préoccupation des directeurs de département et des doyens des facultés de médecine et le comité n'a nullement l'intention de se substituer aux preneurs de décisions universitaires ni aux évaluateurs des organismes d'agrément. Il ne faut pas négliger en outre l'évaluation des professeurs, quant à leur fonction d'enseignant, faite par les résidents car cette évaluation est faite par des étudiants âgés, ayant atteint un niveau de scolarisation élevé, ayant, on l'espère, développé un certain esprit critique et ayant un contact étroit avec leurs enseignants. Le résultat de cette évaluation s'exprime implicitement, jusqu'à un certain point, lors du choix de stage des résidents.

Sur le plan quantitatif, les enseignants doivent être en nombre suffisant et avoir une disponibilité réelle que l'on devrait pouvoir évaluer par la proportion des professeurs à temps plein géographique par rapport à l'ensemble du corps professoral.

A défaut de pouvoir évaluer les coûts des différents programmes, on peut admettre que l'identification du nombre de professeurs selon leur mode de rémunération (salaire de plein temps géographique universitaire ou hospitalier, à forfait, à l'acte ou non rémunéré) permet, jusqu'à un certain point, de se faire une idée de l'allocation des ressources par programme.

Critère 16 Le nombre minimum et maximum d'étudiants requis pour la bonne marche du programme doit être précisé. Avant même de procéder à l'analyse des différents programmes, le comité sait que le nombre minimum n'est jamais indiqué, ce qui évite de prévoir des mécanismes d'association de programmes ou de transfert des étudiants dans une autre faculté lorsque ce minimum n'est pas atteint. Cette mauvaise habitude n'est pas particulière aux programmes de spécialisation médicale.

Le nombre maximum des étudiants correspond au nombre de postes agréés par les organismes responsables dans les hôpitaux d'enseignement et on peut se demander s'il correspond vraiment à la capacité d'accueil des programmes universitaires... Toutefois, on doit admettre que l'agrément des nouveaux postes se fait à la demande des responsables de programmes de sorte qu'en dernière analyse, la capacité d'accueil maximale des programmes est déterminée par les facultés de médecine.

La notion de masse critique idéale, difficile à définir par les membres du comité, puis par les enseignants et les étudiants lors des consultations, demeure un concept d'utilité discutable pour les programmes de résidence: s'agit-il du nombre minimum de résidents d'une spécialité, du nombre minimum de résidents dans un hôpital, doit-on inclure les étudiants d'autres niveaux, s'agit-il d'un rapport idéal entre le nombre d'enseignants et le nombre de résidents indépendemment de la spécialité enseignée? Le comité tentera de répondre à cette question après avoir analysé l'achalandage de l'ensemble des programmes (Chapitre 5, page 153).

Critère 17 L'unité d'enseignement clinique (U.E.C.) est une situation d'apprentissage qui répond bien à l'objectif majeur de la formation professionnelle médicale car elle permet la prise progressive de responsabilités. En outre, elle réduit l'intensité de la relation de dépendance maître/élève entretenue dans l'enseignement préceptoral. La moindre dépendance ainsi créée améliore l'esprit critique du résident vis-à-vis de l'enseignant et augmente l'objectivité de l'enseignant lors de l'évaluation du résident.

Toutefois le système patronal, s'il était uniformément excellent, équivaudrait probablement à l'U.E.C. pour le seul objectif de l'apprentissage clinique. Mais l'unité a d'autres objectifs très importants pour un futur médecin: elle oblige à travailler en groupe, elle permet aux résidents séniors d'exercer leur leadership, de développer leur sens de l'organisation, enfin elle met les étudiants en situation d'enseignants vis-à-vis des plus jeunes.

L'U.E.C. a été créée puis progressivement raffinée par l'usage dans les milieux d'enseignement clinique nord-américains généralement reconnus comme bons. De nombreuses unités fonctionnaient bien avant que le concept d'unité d'enseignement n'ait été couché sur le papier. De la définition approuvée par l'Association des facultés de médecine du Canada en septembre 1966, on retient surtout les caractéristiques suivantes:

- le regroupement géographique des malades, du médecin responsable de l'unité et des étudiants qui tentent de réaliser une masse critique favorable à l'apprentissage;

- l'organisation pyramidale de la prise de responsabilités de sorte que chacun ait des fonctions correspondant à son niveau de formation et à sa compétence;

- l'organisation de l'enseignement centrée autour de la solution des problèmes des malades de l'unité associée à la prise en charge exemplaire des malades;

- l'organisation d'une consultation pour malades ambulants reliée à l'unité afin d'offrir à l'étudiant une situation d'apprentissage pour la continuité des soins;

- les conditions favorables à la recherche clinique et à l'évaluation de nouvelles thérapeutiques.

Le regroupement géographique de l'unité et son organisation pyramidale sont des facteurs favorables à une évaluation suivie de l'étudiant. Il est d'ailleurs généralement admis par les étudiants et les enseignants que la qualité de l'évaluation est un des points forts de l'unité d'enseignement.

Il est évident que l'unité d'enseignement clinique ne s'applique pas à l'apprentissage de toutes les spécialités médicales. Cependant, quelle que soit la spécialité, on devrait trouver une organisation pédagogique permettant un regroupement géographique des enseignants et des étudiants, la prise progressive de responsabilités, un préceptorat immédiat et une évaluation continue. Ses modalités d'application s'adapteraient à la spécialité enseignée.

Le comité a retenu l'existence d'unités d'enseignement clinique dans les spécialités où elles le justifient comme un critère de la valeur pédagogique d'un programme idéal.

Critère 18 Les ressources connexes doivent être identifiées. Il s'agit non seulement des ressources humaines mais encore matérielles et cliniques de disciplines connexes nécessaires à la bonne marche du programme. Il peut s'agir d'un support technique par exemple un service d'hémodynamie pour un programme de cardiologie, de services professionnels de la santé autres que médicaux tel un service de diététique ou encore de spécialités ou de disciplines complémentaires au programme telle que la neuropathologie pour un programme de neurologie.

Critère 19 Les ressources didactiques cliniques doivent être adéquates: nombre suffisant de malades pris en charge et diversité importante des maladies observées.

Critère 20 Les conditions d'études doivent être satisfaisantes: qualité et accessibilité de la bibliothèque et des locaux d'études, diversité et actualité des volumes et des périodiques.

3.5 L'évaluation des résidents

L'évaluation tant des résidents que du programme est l'élément clé de la valeur pédagogique de ce dernier car elle constitue un potentiel d'amélioration continue en raison de la remise en question nécessaire qu'elle provoque. Le comité a retenu plusieurs critères reliés à l'évaluation.

Critère 21 L'évaluation en cours de formation doit se faire selon

plusieurs modes qui sont fonction de la sphère des acquisitions que l'on veut mesurer. La fiche d'appréciation des stages cliniques actuellement utilisée (modèle page suivante) permet une bonne évaluation du comportement général du résident mais demeure un instrument de mesure insatisfaisant pour évaluer spécifiquement les connaissances, les attitudes et les activités psychomotrices. Les connaissances s'évaluent par des tests de mesures cognitives, les attitudes et les habiletés psychomotrices par une observation directe de l'étudiant.

Critère 22

L'évaluation en cours de formation doit s'assortir de l'établissement de critères de promotion reliés aux objectifs du stage et aux responsabilités du résident selon son niveau. L'application mesurée mais ferme des critères de promotion devrait permettre d'augmenter le taux de réussite aux examens de certification qui semble, toutefois, s'être amélioré récemment (Tableau X, page 49).

Critère 23

L'évaluation terminale des résidents comporte deux volets: ils doivent tout d'abord avoir effectué les différents stages de leur formation à la satisfaction des enseignants afin que le directeur de programme recommande les candidats aux examens de certification: ils doivent ensuite réussir ces examens administrés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec de sorte que les candidats des différents programmes sont évalués par un examen commun. Les résultats obtenus à ces examens constituent alors un des indicateurs externes de la valeur pédagogique des programmes.

BUREAU DES PROGRAMMES
INTERNES ET RESIDENTS

FICHE D'APPRECIATION DU STAGE CLINIQUE

A L'USAGE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC

Nom (Résident) _____ Date de naissance _____ No de dossier _____

Programme de formation _____

Année de résidence ☐ 1ère ☐ 2e ☐ 3e ☐ 4e ☐ 5e

Espace réservé

Stage _____

Durée du / à / hôpital _____

APPRECIATION

CRITÈRE D'ÉVALUATION DU STAGE CLINIQUE (L'appréciation de chaque critère est donnée au verso)		Cocher dans la case appropriée: 10%	20%	15%	5%
		E (Inacceptable)	C (Faible)	B (Bon)	A (Excellent)
1 Connaissance des sciences cliniques	APTITUDES				
2 Connaissance des sciences fondamentales					
3 Recueil des données					
4 Interprétation des données					
5 Décisions appropriées					
6 Organisation du travail					
7 Efficacité dans les cas d'urgence					
8 Habileté technique					
9 Curiosité scientifique	ATTITUDES				
10 Prise des responsabilités					
11 Discipline, ponctualité					
12 Relations avec les patients					
13 Relations professionnelles					
14 Ethique professionnelle					
15 Critère spécifique (préciser) _____					
APPRECIATION GLOBALE					

AUTRES MODES D'EVALUATION

- Evaluation orale et clinique
- Examen objectif (O.C.M.)
- Compétence clinique (fiche M.C.M.)
- Autres (spécifier) _____

REMARQUES

☐ Connaissance du français insuffisante

Vous êtes tenu d'adresser un rapport confidentiel au secrétaire de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, au doyen de la Faculté de médecine, au directeur du département universitaire et au directeur des services professionnels du centre hospitalier dans les cas de manquements à l'éthique, d'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de problèmes psychiatriques.

Les programmes de résidence comme les autres programmes d'enseignement supérieur pourraient conduire à l'attribution d'un diplôme universitaire. Historiquement, lors du transfert de la responsabilité des programmes de spécialisation aux facultés de médecine, celles-ci ont laissé à la Corporation professionnelle des médecins du Québec la responsabilité des examens terminaux. Seule, l'Université de Montréal décerne un diplôme d'études spécialisées qui correspond en quelque sorte à une attestation de fin de stage mais ne correspond pas à un diplôme de deuxième ou de troisième cycle universitaire.

Lors des consultations, les étudiants, de façon quasi unanime, ne perçoivent là aucun problème car leur but consiste principalement en l'acquisition d'une certification professionnelle. Les universités et les facultés de médecine ne semblent pas tenir à prendre en charge la diplomation car, actuellement, que les examens soient facultaires ou corporatifs, ce sont les mêmes hommes qui les conçoivent et évaluent les candidats. Il demeure cependant important que les examens soient les mêmes pour les candidats de tous les programmes d'une spécialité donnée.

Malgré tout, les universités ne devraient-elles pas prendre la responsabilité de l'attribution du diplôme puisqu'elles ont pris en charge les programmes sans que ceci soit en contradiction avec le fait que la Corporation professionnelle reste responsable de l'attribution du certificat de spécialisation médicale selon les modalités et les exigences de son choix.

3.6 L'évaluation du programme

Critère 24 — Un système d'évaluation interne périodique du programme dans lequel les résidents sont impliqués doit être prévu et son application effective: évaluation des stages, évaluation de l'enseignement, évaluation des enseignants, évaluation de la qualité des soins. On remarquera que les résultats de l'évaluation des résidents constitue un des critères de l'évaluation du programme.

Critère 25 — Les programmes de spécialisation médicale sont soumis à une évaluation externe, tous les cinq ans, réalisée par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège de médecine de famille du Canada. Cette évaluation est souhaitée par les facultés de médecine, les centres hospitaliers d'enseignement et les enseignants car ces organismes ont développé une expertise certaine dans le champ de l'évaluation de programmes, ne serait-ce que par l'expérience acquise au cours des ans. Au Québec, la loi médicale (1974) confie la surveillance de la qualité des programmes de formation médicale à la C.P.M.Q. Dans les autres provinces canadiennes, les organismes corporatifs provinciaux délèguent cette surveillance au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Lors du dernier cycle des visites d'agrément des facultés de médecine, le Comité conjoint des programmes qui, depuis 1972, doit procéder à l'évaluation des programmes universitaires, a participé aux visites d'évaluation; la

Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Comité conjoint des programmes et les doyens des facultés de médecine avaient accepté les termes d'une collaboration (Chapitre 1, page 14) qui prévoyait, entre autres, la transmission du rapport d'évaluation au président du Comité conjoint des programmes. Le comité espère trouver dans les rapports des visites d'agrément des arguments de rationalisation.

3.7 Les critères reliés à l'interdépendance des programmes

Il est communément admis que tous les programmes de résidence sont absolument indispensables au fonctionnement d'une faculté de médecine. Pourtant, rares sont les facultés de médecine qui ont un agrément pour la totalité des programmes de résidence. Il est vrai que le programme pré-doctoral des études médicales et les différents programmes de spécialisation sont reliés les uns aux autres ne serait-ce que parce que les enseignants sont souvent les mêmes, les ressources cliniques, matérielles et didactiques sont communes sans oublier l'interaction des étudiants entre eux. Le comité s'est toutefois demandé jusqu'à quel point cette interdépendance se vérifiait pour chaque programme.

3.7.1 Interdépendance du programme pré-doctoral et des programmes de spécialisation

En analysant les programmes pré-doctoraux des quatre facultés de médecine, on a pu évaluer l'importance de chaque spécialité comme ressource pédagogique pour le niveau

pré-doctoral en tant que discipline puis en tant que programme (Tableau XVI, page suivante). Les programmes de médecine interne, de chirurgie générale, de psychiatrie, de pédiatrie, d'obstétrique-gynécologie sont indispensables pour l'enseignement du programme sous-gradué.

Compte tenu de cette interdépendance des programmes pré et post-gradués, on doit se demander jusqu'où peut aller la réduction du nombre de postes d'internes et de résidents et jusqu'où peut aller une rationalisation des programmes de résidence sans avoir un impact négatif sur le niveau pré-doctoral des études de médecine. Ces questions deviennent encore plus aigues si l'on admet que l'unité d'enseignement constitue la meilleure organisation pédagogique pour l'enseignement clinique.

3.7.2 Interdépendance des programmes de spécialisation

A partir des normes minimales exigées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour chacune des spécialités médicales, il est aisé d'identifier les spécialités qui constituent une ressource pédagogique pour d'autres programmes. Toutefois, cette identification ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les douze mois non définis dans les normes (Tableau II, pages 21, 22) et ne tient pas compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (Tableau XVII, pages 101, 102). Huit programmes de spécialité sont indispensables et parmi ceux-ci trois le sont pour plusieurs programmes, ce sont les programmes de chirurgie générale, de médecine interne

TABLEAU XVI
(1ère partie)

Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	Pour l'enseignement pré-doctoral, cette spécialité en tant que discipline constitue une ressource pédagogique			Si l'on admet que l'unité d'enseignement est souhaitable comme garantie d'efficacité pédagogique et garantie de la qualité du milieu, cette spécialité en tant que programme constitue une ressource pédagogique indispensable
	INDISPENSABLE (concerne tous les étudiants)	IMPORTANTE (concerne une grande proportion des étudiants)	OCCASIONNELLE (ne concerne qu'une faible proportion des étudiants)	
Allergie			+	
Anatomo-pathologie			+	
Anesthésie-réanimation			+	
Biochimie médicale			+	
Cardiologie		+		
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique.			+	
Chirurgie générale	+			+
Chirurgie orthopédique		+		
Chirurgie plastique			+	
Dermatologie			+	
Endocrinologie		+		
Gastro-entérologie		+		
Hématologie		+		
Médecine familiale		+		
Médecine interne	+			+
Médecine nucléaire			+	

TABLEAU XVI
(2ième partie)

Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	Pour l'enseignement pré-doctoral, cette spécialité en tant que discipline constitue une ressource pédagogique			Si l'on admet que l'unité d'enseignement est souhaitable comme garantie d'efficacité pédagogique et garantie de la qualité du milieu, cette spécialité en tant que programme constitue une ressource pédagogique indispensable
	INDISPENSABLE (concerne tous les étudiants)	IMPORTANTE (concerne une grande proportion des étudiants)	OCCASIONNELLE (ne concerne qu'une faible proportion des étudiants)	
Microbiologie médicale			+	
Néphrologie		+		
Neurochirurgie			+	
Neurologie et électroencéphalographie		+		
Obstétrique & gynécologie	+			+
Ophtalmologie		+		
Oto-rhino-laryngologie		+		
Pédiatrie	+			+
Physiatrie			+	
Pneumologie		+		
Psychiatrie	+			+
Radiologie diagnostique			+	
Radiothérapie			+	
Rhumatologie		+		
Santé communautaire		+		
Urologie		+		
TOTAL:	5	14	13	5

TABLEAU XVII
(1ère partie)

Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

D'APRES LES NORMES MINIMALES EXIGEES PAR LA C.P.M.Q., CHAQUE SPECIALITE CONSTITUE UNE RESSOURCE PEDAGOGIQUE POUR D'AUTRES PROGRAMMES POST GRADUES

[Ce tableau ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les douze mois définis par chaque faculté, ne tient pas compte des stages supplémentaires des programmes plus longs que les normes minimales et ne tient pas du tout compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (ex.: l'association de l'obstétrique et de la pédiatrie pour des stages de péri-nacalogie)].

	RESSOURCE INDISPENSABLE	RESSOURCE OCCASIONNELLE
Allergie		+
Anatomo-pathologie	1 programme (microbiologie)	
Anesthésie-réanimation		+
Biochimie médicale		+
Cardiologie		+
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique		+
Chirurgie générale	8 programmes (les programmes de chirurgie spécialisée)	
Chirurgie orthopédique	1 programme (physiatrie)	
Chirurgie plastique		+
Dermatologie		+
Endocrinologie	1 programme (obstétrique gynécologie)	
Gastro-entérologie		+
Hématologie		+
Médecine familiale		
Médecine interne	14 programmes (les sous-spécialités médicales)	
Médecine nucléaire		+

TABLEAU XVII
(2ième partie)

Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	D'APRES LES NORMES MINIMALES EXIGEES PAR LA C.P.M.Q., CHAQUE SPECIALITE CONSTITUE UNE RESSOURCE PEDAGOGIQUE POUR D'AUTRES PROGRAMMES POST GRADUES [Ce tableau ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les douze mois définis par chaque faculté, ne tient pas compte des stages supplémentaires des programmes plus longs que les normes minimales et ne tient pas du tout compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (ex.: l'association de l'obstétrique et de la pédiatrie pour des stages de péri-natalogie)].	
	RESSOURCE INDISPENSABLE	RESSOURCE OCCASIONNELLE
Microbiologie médicale		+
Néphrologie		+
Neurochirurgie		+
Neurologie et électro-encéphalographie	1 programme (physiatrie)	
Obstétrique & gynécologie		+
Ophtalmologie		+
Oto-rhino-laryngologie		+
Pédiatrie	11 programmes (les sous spécialités médicales)	
Physiatrie		+
Pneumologie		+
Psychiatrie		+
Radiologie diagnostique		+
Radiothérapie	1 programme (radiologie diagnostique)	
Rhumatologie		+
Santé communautaire		+
Urologie		+
	8 programmes	23 programmes

et de pédiatrie.

Dans le cas des 23 autres spécialités, on peut dire qu'en tant que programme, elles ne sont pas indispensables même si elles constituent une ressource pédagogique indispensable en tant que discipline. Par exemple, un stage de dermatologie peut être organisé pour les résidents de médecine interne sans qu'il y ait de programme de spécialisation en dermatologie; de même l'enseignement de la pneumologie, que ce soit à l'aide de cours ou de stages pour les externes et les internes, ne requiert pas absolument l'existence d'un programme de résidence en pneumologie.

3.7.3 Interdépendance des programmes de spécialisation et des programmes de deuxième et troisième cycles universitaires

Le tableau XVIII, page suivante, indique les programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec. Dans 6 disciplines sur 23, il existe simultanément des programmes de maîtrise et de doctorat et des programmes de résidence: biochimie, médecine et chirurgie expérimentales, microbiologie et immunologie, pathologie, santé communautaire et sciences neurologiques. Dans 3 cas, il n'existe qu'un seul programme de maîtrise: psychiatrie, oto-rhino-laryngologie et radiologie.

Aucun programme de résidence n'est indispensable aux programmes de deuxième et troisième cycles universitaires alors que quelques rares programmes de résidence prévoient

TABLEAU XVIII

Programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec
(Source: annuaires des universités 1979-1980)

PROGRAMMES	LAVAL			McGILL			MONTREAL			SHERBROOKE		
	2e	3e	R	2e	3e	R	2e	3e	R	2e	3e	R
- Admin. des services de la santé							M.Sc.					
- Anatomie	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	
- Biochimie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	R
- Biologie cellulaire										M.Sc.	Ph.D.	
- Biophysique										M.Sc.	Ph.D.	
- Epidémiologie				M.Sc.	Ph.D.							
- Génie biomédical							M.Sc.					
- Hygiène							M.Sc.	Ph.D.				
- Médecine & chirurg. expérimentales	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			R
- Microbiologie et immunologie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.(2)	Ph.D.(2)	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	
				M.Sc.A								
- Nutrition		Ph.D.					M.Sc.	Ph.D.				
- Orthopomie & audiologie							M.O.A.					
- Parasitologie				M.Sc.	Ph.D.							R
- Pathologie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			
- Pharmacologie	M.Sc.(1)	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	
- Physiologie	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	?	
- Psychiatrie			R	M.Sc.		R			R			R
- Otolaryngologie			R	M.Sc.		R			R			R
- Radiologie			R	M.Sc.		R			R			R
- Radiobiologie										M.Sc		
- Santé communautaire			R			R	M.Sc.	Ph.D.	R			
- Sciences cliniques							M.Sc.	Ph.D.				
- Sc. neurologiques	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			R
- Virologie								Ph.D.				

• aucune nouvelle inscription au doctorat.

obligatoirement l'obtention d'une maîtrise en cours de formation: biochimie à l'Université de Sherbrooke, médecine nucléaire dans les universités de Montréal et de Sherbrooke, santé communautaire dans les quatre universités. Par contre, il est toujours possible pour les résidents de faire une maîtrise ou un doctorat qui ajoutent alors autant d'années que nécessaire à leur formation. Ces candidats poursuivront généralement une carrière universitaire.

Les programmes de spécialisation médicale et ceux de deuxième et troisième cycles universitaires paraissent peu interdépendants pour deux raisons. Tout d'abord, les ressources pédagogiques incluant les enseignants sont différentes; en effet les programmes de résidence se déroulent dans les hôpitaux et les programmes de maîtrise et de doctorat dans les facultés. Ensuite, la clientèle étudiante n'est pas la même. La proportion des étudiants inscrits dans un programme de deuxième ou troisième cycle universitaire ayant un doctorat en médecine ou poursuivant simultanément des études médicales est de l'ordre de 10% à 15%[1] pour l'ensemble des facultés de médecine avec une proportion nettement plus importante à l'Université McGill (de l'ordre de 30%).

---

(1) Les données recueillies pour la présente étude n'ont été que partielles et ne concernent pas les mêmes années d'un établissement à l'autre, de sorte qu'elles n'indiquent qu'un ordre de grandeur. Ces données sont disponibles au Conseil des universités.

En conclusion, l'identification des critères de la valeur pédagogique des programmes a permis au comité de procéder à l'analyse des 115 programmes écrits de spécialisation médicale approuvés ou sous approbation conditionnelle.

Malgré les nombreuses limitations de la méthode qui seront expliquées dans le chapitre suivant, le comité a pu recueillir un nombre considérable d'informations et a tenté d'en dégager des recommandations qui concernent soit l'ensemble des programmes (Chapitre 4), soit les programmes de chacune des facultés (Chapitre 5), soit les différents programmes d'une spécialité (Chapitre 6).

LES MODALITES DE LA RATIONALISATION ET SES LIMITATIONS: LES CRITERES EXCLUS DE LA GRILLE D'ANALYSE

4

4.1 L'approche envisagée

Après avoir réfléchi sur les façons idéales, puis sur les façons réalistes de rationaliser les programmes de spécialisation médicale, le comité a retenu comme critère majeur la valeur pédagogique de ces programmes. Ce choix n'empêche pas de prendre en considération les besoins de la population, les besoins de la clientèle étudiante et les coûts de formation. Toutefois, en l'absence de données quantitatives satisfaisantes, on devra, pour faire intervenir ces facteurs, s'en tenir à des arguments fondés sur le bon sens.

Pour évaluer la valeur pédagogique des programmes, nous les avons analysés en fonction des critères retenus pour un programme idéal. L'analyse a porté sur les critères identifiés et justifiés dans le chapitre 3 de ce rapport qui sont regroupés autour des points suivants:

- les objectifs
- les conditions d'admission
- la description du programme
- les ressources
- l'évaluation des étudiants et
- l'évaluation du programme.

Pour situer l'analyse de chaque programme dans une perspective provinciale d'optimisation des ressources, nous avons indiqué en haut de la grille d'analyse (page 138) les données suivantes pour chacune des spécialités:

- le nombre de programmes dans la province de Québec;
- le nombre moyen de résidents par an, pendant les cinq dernières années pour l'ensemble des programmes;
- le nombre moyen de résidents ayant obtenu leur m.d. au Québec et dans les autres provinces canadiennes par an, pendant les cinq dernières années;
- le nombre de spécialistes en exercice dans la province de Québec ayant délivré des soins en 1978;
- le nombre de résidents titulaires d'un m.d. Québec et autres provinces canadiennes requis pour le simple maintien des effectifs (calculé à l'Annexe VII, page 326);
- le pourcentage des spécialistes en exercice dans la province de Québec en 1978 ayant moins de 45 ans. Le clivage à 45 ans correspond à l'âge autour duquel se répartissent également l'ensemble des spécialistes (Tableau VII, page 45);
- le caractère interdépendant ou non du programme. Cinq programmes sont indispensables à l'organisation du programme pré-gradué. Certains d'entre eux et quelques autres sont en outre indispensables à d'autres programmes post-gradués (Tableaux XVI, pages 99, 100 et XVII, pages 101, 102).

4.2 Les données utilisées

Elles proviennent de plusieurs sources:

- soit des universités: description des programmes, annuaires des facultés de médecine et questionnaires adressés par le comité pour la réalisation de la présente étude;

- soit de la Corporation professionnelle des médecins du Québec: répartition des internes et des résidents, répartition des effectifs médicaux, résultats aux examens de certification et autres données publiées dans le Bulletin de la corporation;

- soit de la Régie de l'assurance-maladie du Québec: nombre et répartition des effectifs médicaux distribuant des soins, par spécialité, par tranche d'âge, etc...

Les documents préparatoires aux visites d'agrément transmis au Conseil des universités par les universités ont été peu ou pas utilisés, car certaines données recherchées se modifient rapidement et ces documents ne sont pas récents.

Il est clair que la démarche entreprise pour cette étude diffère de celle réalisée par les organismes d'agrément lors des visites, pour deux raisons majeures:

1) Nous ne sommes pas allés voir ce qui se passe, de fait, sur le terrain. Toutefois, le comité pense que la plupart des critères retenus pour le programme idéal devraient apparaître

de façon explicite dans la description des programmes; on peut s'interroger sur leur existence lors de l'application d'un programme lorsqu'ils ne sont même pas prévus dans sa planification.

2) L'analyse des programmes est faite spécialité par spécialité de sorte que l'interprétation des données ainsi que les recommandations sont faites dans une perspective provinciale d'optimisation des ressources.

4.3 La méthode d'analyse et ses limites

Le comité eut aimé retenir la totalité des critères reliés à la valeur pédagogique d'un programme idéal pour procéder à l'analyse des 115 programmes. Ces critères concernent, on s'en souvient:

1. les objectifs du programme
2. les conditions d'admission
3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix
6. la durée des stages
7. les stages hors programme
8. la complémentarité provinciale des programmes
9. les stratégies pédagogiques
10. les cours hors programme
11. l'apprentissage en clinique externe
12. l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins

13. la recherche
14. le directeur de programme
15. les enseignants
16. les étudiants, la masse critique
17. l'unité d'enseignement clinique
18. les ressources connexes
19. les ressources cliniques
20. les conditions d'études
21. l'évaluation du résident en cours de formation
22. les critères de promotion
23. l'évaluation terminale: examens de certification
24. l'évaluation interne du programme
25. l'évaluation externe du programme.

On imagine aisément l'étendue de la tâche et l'on se rend vite compte que certains critères ont dû être éliminés pour les fins de la présente étude pour diverses raisons que nous allons expliquer. La démarche effectuée par le comité est résumée dans le tableau XIX page suivante.

4.3.1 Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu

Il est illusoire d'espérer se faire une idée exacte de l'importance et de la qualité des points suivants sans observer le milieu et sans poser des questions aux enseignants et aux étudiants. Ce sont:

9. les stratégies pédagogiques
10. les cours hors programme

TABLEAU XIX Résumé de la démarche effectuée pour analyser les programmes de spécialisation médicale et faire la synthèse des données recueillies.

Les critères reliés à la valeur pédagogique des programmes	CHAPITRE 4 Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu	CHAPITRE 4 Critères d'analyse non retenus car non discriminatoires aux fins de cette étude	CHAPITRE 5 Les critères retenus pour l'analyse comparative des différents programmes
1. les objectifs du programme			1. les objectifs du programme
2. les conditions d'admission		2	
3. les responsabilités du résident			3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages			4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix			5. les stages optionnels et de libre choix
6. la durée des stages		6	
7. les stages hors programme		7	
8. la complémentarité provinciale des programmes		8	
9. les stratégies pédagogiques	9		
10. les cours hors programme	10		
11. l'apprentissage en clinique externe	11		
12. l'évaluation de l'acte médical		12	
13. la recherche			13. la recherche
14. le directeur de programme			14. le directeur de programme
15. les enseignants		15	
16. les étudiants / la masse critique			16. les étudiants / la masse critique
17. l'unité d'enseignement clinique			17. l'unité d'enseignement clinique
18. les ressources connexes	18		
19. les ressources cliniques	19		
20. les conditions d'études	20		
21. l'évaluation du résident en cours de formation	(21)		21. l'évaluation du résident en cours de formation
22. les critères de promotion		22	
23. l'évaluation terminale: examens de certification			23. l'évaluation terminale: examens de certification
24. l'évaluation interne du programme	(24)		24. l'évaluation interne du programme
25. l'évaluation externe du programme		25	

11. l'apprentissage en clinique externe
18. les ressources connexes
19. les ressources cliniques
20. les conditions d'études.

Les stratégies pédagogiques

S'il est donné autant de cours, séminaires, présentations cliniques, clubs de lecture, etc... que prévu dans de nombreux programmes, nous devons féliciter les enseignants. Toutefois, on doit s'interroger sur la capacité de réalisation et le rendement d'un tel système quand les effectifs étudiants de différents niveaux d'étude sont petits et répartis dans plusieurs hôpitaux. Un des intérêts de l'organisation de programmes associés, tels que nous allons le recommander, est de prévoir quels stages seront organisés par chaque programme constituant et pour quel niveau d'étudiants. Ainsi les enseignants pourront concentrer leurs efforts dans des domaines précis et selon un niveau d'apprentissage donné au lieu de se disperser dans l'ensemble des connaissances de leur spécialité et pour tous les niveaux de résidents. Si cette association de programme ne s'assortit pas d'un comité de programme commun qui veillera à la complémentarité des deux constituants, on n'aura rien changé à la dispersion actuelle des énergies et des ressources.

Les cours hors programme

Après avoir analysé l'ensemble des programmes, on peut dire que ce n'est qu'exceptionnellement qu'il est mentionné explicitement que les résidents peuvent ou doivent aller suivre des cours hors programme. Une exception s'observe toutefois dans le programme

de neurologie à l'Université McGill. Si cette "discrétion" correspond réellement à une imperméabilité entre les programmes de spécialisation médicale entre eux et entre ceux-ci et d'autres programmes universitaires tels que la nutrition, la gériatrie, la psychologie, etc... On peut s'interroger sur l'utilisation rationnelle des ressources universitaires locales avant même de parler de complémentarité provinciale.

Les ressources cliniques et connexes, les cliniques externes, les conditions d'études

Les programmes sont peu explicites au sujet des ressources cliniques, des ressources connexes nécessaires à l'application d'un programme, des conditions matérielles permettant l'apprentissage du résident au niveau des cliniques externes et des conditions d'études, alors que les documents préparatoires aux visites d'agrément le sont beaucoup. D'une façon générale, les programmes de spécialisation de l'Université McGill insistent beaucoup sur les ressources alors que les objectifs pédagogiques ne sont pas définis. Par contre, les trois facultés francophones sont inégalement soucieuses de l'identification des ressources alors qu'elles ont fait un effort important dans l'identification des objectifs pédagogiques.

RECOMMANDATION

(QUE les programmes de spécialisation médicale com-
(portent une description des stratégies pédagogiques
(autres que l'enseignement clinique incluant les cours
(hors programme ainsi qu'une description des ressour-
(ces cliniques, des ressources connexes et des condi-
(tions d'étude nécessaires à la marche du programme.
(Cette description facilitera le processus d'évalua-
(tion interne et externe du programme.

Quelques remarques s'imposent pour les critères suivants:

21. l'évaluation du résident en cours de formation

24. l'évaluation interne du programme incluant l'évaluation des enseignants.

Pour se faire une idée juste des conditions d'évaluation du résident en cours de formation et des conditions d'évaluation interne du programme, il faudrait également effectuer une visite des milieux. Toutefois, ces deux critères n'ont pas été éliminés de la grille finale d'analyse car la mise en place de processus valables d'évaluation tant au niveau des étudiants qu'au niveau du programme nécessite une planification à partir des objectifs. On peut s'interroger sur la qualité de l'évaluation quant les objectifs du programme ne sont pas définis. On peut aussi être sûr qu'il n'y a pas d'évaluation valable lorsqu'elle n'est pas prévue dans le programme car elle devient alors une activité improvisée. Par contre, le comité est tout à fait conscient que des processus d'évaluation peuvent être prévus dans le programme et ne pas être appliqués. Toutefois, si l'on perçoit le programme comme une sorte de contrat entre les enseignants et les étudiants, les étudiants pourront être d'autant plus exigeants que les activités pédagogiques, incluant les mécanismes d'évaluation, seront prévues et décrites explicitement dans le programme.

4.3.2 Critères d'analyse non retenus dans la grille car non discriminatoires aux fins de la présente étude

Il faut bien comprendre que ces critères ont été utilisés lors de l'analyse des 115 programmes mais n'ont pas été retenus dans

la grille finale permettant la comparaison de ceux-ci. En effet, pour chacun de ces critères, il a été noté des déficiences similaires pour toutes les facultés de sorte qu'il est apparu plus utile et probablement plus fonctionnel de proposer des recommandations générales s'adressant à l'ensemble des programmes des quatre facultés. Il s'agit:

2. des conditions d'admission
6. de la durée des stages
7. des stages hors programmes
8. de la complémentarité provinciale des programmes
12. de l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical
15. des enseignants
22. des critères de promotion
25. de l'évaluation externe du programme.

Les conditions d'admission

Sur le plan pédagogique, les conditions d'admission sont importantes sous deux aspects:

- s'assurer que les candidats admis sont bien préparés, pourront suivre le programme, auront toutes les chances de le finir et de réussir leurs examens;

- permettre aux candidats exceptionnels d'être admis même s'ils ne rencontrent pas les conditions généralement exigées.

On voit donc que les conditions d'admission doivent être clairement définies et assez rigides tant au plan de la formation antérieure que des diplômes prérequis et en même temps comporter des clauses d'accueil hors normes.

Pour l'ensemble des programmes de la province, les conditions d'admission sont souvent confondues avec les règlements administratifs reliés aux normes universitaires, aux normes corporatives et aux règlements de l'immigration.

Actuellement, c'est par le biais des conditions d'admission que la durée des programmes de résidence peut varier de quatre à cinq ans. En effet, en exigeant un internat multidisciplinaire comme condition préalable à l'admission en résidence, on allonge les études d'une année.

Il ne faudrait pourtant pas voir là une mauvaise intention de la part des directeurs de programme car on ne doit pas oublier que tout étudiant détenteur d'un doctorat en médecine obtient son permis d'exercice dès qu'il a satisfait aux exigences d'un internat, que ce dernier soit multidisciplinaire, rotatoire ou unidisciplinaire. On voit ainsi qu'actuellement un étudiant pourrait, après l'obtention de son m.d. faire 12 mois de microbiologie médicale, par exemple, et devenir omnipraticien. Cette anomalie préoccupe les facultés de médecine qui ont la responsabilité vis-à-vis de la collectivité de mettre sur le marché du travail des médecins compétents. Pour cette raison, elles préfèrent souvent assurer une compétence minimale à tous les finissants, incluant ceux qui se dirigeront vers une spécialisation, puisqu'ils peuvent à n'importe quel moment et dans des conditions imprévisibles revenir à l'exercice de la pratique générale.

Le tableau suivant montre la tendance de chaque institution à accepter l'entrée en spécialisation juste après l'obtention du doctorat en médecine en indiquant le nombre d'internes unidisciplinaires présents dans chaque faculté.

TABLEAU XX Nombre d'internes unidisciplinaires par faculté, pour les deux dernières années. Les internats unidisciplinaires en médecine familiale ne sont pas inclus (CPMQ).

	nombre d'étudiants ayant obtenu le m.d.	nombre d'internes unidisciplinaires	
		1978-79	1979-80
LAVAL	170	5	2
McGILL	156	64	63
MONTREAL	182	25	26
SHERBROOKE	89	16	22
TOTAL	597	110	113

Pour les disciplines chirurgicales, la Corporation professionnelle des médecins du Québec exige une formation minimale de quatre ans tandis que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige une formation minimale de cinq ans. A l'Université McGill, le programme de chirurgie dure cinq ans par l'insertion d'une année de recherche (R3) généralement subventionnée par différents organismes. Dans les facultés de médecine francophones, les futurs résidents en chirurgie peuvent effectuer un internat multidisciplinaire comportant un certain nombre de stages obligatoires qui permettent de faire reconnaître cet internat comme une première année de résidence, en vue de l'admissibilité aux examens par le Collège royal.

Ces considérations donnent l'impression que les conditions d'admission sont plutôt définies pour rencontrer des exigences corporatives que pour remplir des exigences pédagogiques. Cette impression n'existerait pas si l'on voyait plus clairement le lien entre la formation préalable exigée, les diplômes prérequis du candidat et les objectifs du programme.

RECOMMANDATION

(QUE les conditions d'admission dans un programme
(soient définies par le comité de programme en
(fonction des objectifs de celui-ci tout en res-
(pectant les règlements universitaires, les nor-
(mes corporatives et les règlements de l'immigra-
(tion.

La durée des stages

La lecture des 115 programmes a confirmé l'impression que le comité avait au sujet de la durée des stages: cette durée est définie d'avance et l'étudiant hors pair ne peut progresser plus vite que le candidat moyen. Les 12 mois de formation dont les stages ne sont pas définis dans les normes minimales de formation confèrent au programme une certaine souplesse au point de vue du contenu mais demeure rigide au point de vue de la durée (12 mois) indépendamment des objectifs poursuivis. Cette durée fixe des stages est étonnante à un tel niveau d'étude car les candidats peuvent être très différents par leur formation et leurs expériences antérieures, le niveau de leur diplôme et leur degré d'autonomie. On se plaint déjà que les écoles primaires ne permettent pas assez une progression individualisée des élèves, on peut déplorer que ceci soit encore vrai pour des étudiants qui ont entre 25 et 30 ans.

Si la définition a priori de la durée des stages est faite pour garantir une formation minimale de chaque résident, le vrai défi consisterait à vérifier que chaque résident a atteint les objectifs de chaque stage. On voit encore une fois l'intérêt de définir des objectifs pédagogiques et de construire une évaluation directement reliée à ceux-ci. L'évaluation continue des résidents prendrait alors toute sa valeur car elle entraînerait une prise de décision gratifiante pour l'étudiant. Il est souhaitable que l'évaluation en cours de formation soit revalorisée; on doit reconnaître que c'est dans son rôle d'évaluateur que l'enseignant est difficilement remplaçable que ce soit par des livres ou par l'interaction avec les pairs.

Dans le cas où la durée globale de chaque programme devrait rester fixe, ce qui reste discutable, cette évaluation assortie de cri-

tères de promotion permettrait à des résidents d'effectuer leur programme obligatoire plus rapidement que d'autres de sorte qu'ils pourraient utiliser les mois restants pour acquérir une formation spécifique dans un domaine de leur choix, sans augmenter nécessairement d'un an ou deux la durée de leur formation. On sait qu'actuellement il n'est pas rare de voir un résident effectuer une année d'étude supplémentaire après ses examens de certification dans des conditions de financement difficiles et quelquefois à ses frais.

RECOMMANDATIONS

(QUE soit remise en question la définition
(a priori de la durée des stages et de la
(durée de chacun des programmes de formation
(en spécialisation médicale tout en respectant
(les normes d'admissibilité aux examens de cer-
(tification.

(QUE l'instauration de mécanismes d'évaluation
(continue fiables assortis de critères de pro-
(motion permette la progression du résident à
(son propre rythme en fonction de l'atteinte
(des objectifs de chaque stage.

Les stages hors programme

D'une façon générale, il faut noter que la partie du programme de résidence effectuée en dehors du programme principal est généralement négligée quant à ses objectifs et son contenu dans la planification du programme. On s'en tient généralement de façon laconique aux exigences de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, par exemple une ou deux années de chirurgie générale obli-

gatoires dans chaque programme de sous-spécialité chirurgicale. Pourtant, les besoins d'un futur orthopédiste doivent différer quelque peu des besoins d'un futur neurochirurgien et d'un futur oto-rhino-laryngologiste. De la même façon, les connaissances en médecine interne nécessaires à un dermatologiste ne peuvent être exactement les mêmes que celles nécessaires à un microbiologiste.

On doit toutefois reconnaître que dans un certain nombre de programmes on spécifie au moins la nature des stages hors programme. Citons, à titre d'exemple, les stages de l'internat "intégré" au programme de chirurgie à l'Université de Montréal.

Il semble que le comité de programme doive faire l'effort de définir, au moins en termes généraux, ce qu'un résident va spécifiquement acquérir en dehors du programme et de quelle façon. En effet, les enseignants du programme de gynécologie-obstétrique par exemple semblent les mieux placés pour savoir ce qui est pertinent en endocrinologie pour un futur gynécologue-obstétricien.

Il faudrait de plus préciser les responsabilités respectives du programme principal et du programme d'accueil dans l'évaluation continue du résident.

RECOMMANDATION

(QUE la nature des stages hors programme ainsi
(que leurs objectifs généraux et le partage des
(responsabilités en regard de l'évaluation du ré-
(sident soient définis par le comité directeur du
(programme principal en consultation avec les res-
(ponsables du programme d'accueil.

La complémentarité provinciale des programmes

Il est manifeste, à la lecture des 115 programmes de résidence, que la complémentarité de ceux-ci à l'échelle provinciale n'est pas une préoccupation des établissements. Le réflexe premier de considérer les trois autres facultés de médecine comme une ressource éventuellement complémentaire n'est pas acquis.

Sauf exceptions (par exemple les programmes d'hématologie McGill-Sherbrooke, de physiatrie Laval-Montréal, d'urologie McGill-Sherbrooke, de santé communautaire Montréal-Laval) il n'y a aucune information dans les programmes pour permettre à l'étudiant de faire un choix de stage judicieux et lui indiquer les ressources de la province dans sa spécialité. Pourtant, on sait que, traditionnellement, dans plusieurs programmes les résidents commencent leur formation dans dans les Universités Laval ou de Sherbrooke et finissent leur formation dans les Universités McGill ou de Montréal. En dépit de cette tradition non récente aucune entente autre que verbale n'est prévue pour assurer aux résidents leur admission dans le deuxième programme. La raison invoquée par les responsables de ce dernier est qu'ils n'ont pas participé à la sélection ni à l'évaluation du résident de sorte qu'ils ne veulent pas s'engager d'avance à l'admettre. Quels que soient les raisons réelles de l'absence d'entente formelle entre deux programmes généralement complémentaires, cette absence d'entente formelle a de nombreux inconvénients que le comité désire surmonter par l'organisation de programmes vraiment associés.

Dans un programme associé, le comité de programme devra être commun pour éviter les répétitions et permettre l'utilisation rationnelle des domaines d'excellence de chaque milieu au bénéfice

du résident. Le comité d'admission-évaluation devra aussi être commun pour assurer la continuité de la prise en charge et de l'évaluation de l'étudiant. Ceci permettra à l'étudiant de bénéficier des ressources de deux milieux en diminuant le risque de duplication des stages et de l'enseignement, d'avoir un poste pour la totalité de sa formation en autant qu'il satisfera aux exigences des règles de l'évaluation et des normes de promotion.

La constatation que la notion de complémentarité à l'échelle provinciale n'est pas rendue très loin dans les mentalités des responsables de programmes inquiète quelque peu le comité qui est convaincu que l'association de programmes permettrait une économie de ressources et d'énergie tout en offrant aux résidents le meilleur de ce que chaque milieu peut lui offrir.

RECOMMANDATIONS

(QUE la complémentarité provinciale des programmes
(de spécialisation soit reconnue par les universités
(et soit concrétisée par l'organisation de programmes
(associés comportant:
(
(- un comité d'admission-évaluation unique;
(
(- un comité de programme unique qui assure la complé-
(mentarité des deux programmes;
(
(- un comité de promotion unique.

(QUE les résidents soient inscrits à l'université
(où ils commencent leur formation et que leur dos-
(sier soit transféré lorsqu'ils effectuent leur
(formation en dehors du programme initial.

(QUE chaque composante du programme soit dirigée
(par un responsable. Les objectifs spécifiques,
(la planification pédagogique, l'identification
(des ressources et l'évaluation du programme lo-
(cal seront sous sa responsabilité.

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement
(et une partie de l'évaluation en commun afin
(d'assurer un contact continu entre les résI-
(dents et les enseignants des deux programmes.

L'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins

Dans les programmes de spécialisation médicale il est rarement, sinon jamais, fait mention de situations d'apprentissage ou d'interventions pédagogiques visant à faire acquérir aux futurs spécialistes les méthodes d'évaluation de la qualité de l'acte médical et des soins. Pourtant, ces spécialistes joueront un rôle d'enseignant et constitueront souvent un point de référence de la compétence médicale dans leur milieu de travail.

Lors des consultations, il a été mentionné que l'apprentissage des méthodes d'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins se faisait pendant la formation pré-doctorale. Les rencontres avec les résidents permettent d'en douter ou, à tout le moins permettent de douter de l'efficacité de cet apprentissage quand il se fait pendant le programme de 1er cycle alors que l'étudiant est encore peu exposé aux activités cliniques.

RECOMMANDATION

(QUE l'acquisition des techniques d'évaluation de
(l'acte médical et de la qualité des soins fasse
(partie des objectifs pédagogiques des programmes
(de spécialisation médicale.

Les ressources professorales

Dans la première partie du rapport, le comité a expliqué que l'on ne se servirait pas des coûts réels des programmes pour aider à leur rationalisation parce que l'on ne pouvait les cerner. Toutefois, on a convenu que l'identification des ressources professorales permettrait jusqu'à un certain point de se faire une idée de l'allocation des ressources universitaires par programme.

Lors de l'analyse des 115 programmes, il a fallu admettre que même cette approximation ne serait pas possible pour plusieurs raisons.

En effet, si l'on évalue le corps professoral seulement par le nombre total des enseignants, on n'a aucune idée de ce que cela représente en terme de disponibilité professorale vis-à-vis des étudiants. L'information qui permettrait peut-être le mieux de cerner cette disponibilité serait la répartition des enseignants selon leur mode de rémunération. Il est raisonnable de penser qu'il y a un lien assez direct entre l'importance de la rémunération universitaire et la disponibilité de l'enseignant à sa tâche professorale. Au niveau de l'enseignement clinique qui nous préoccupe ici, il y a une interrelation permanente entre la distribution des soins et l'enseignement clinique avec un risque évident que la distribution des soins ne l'emporte sur l'enseignement clinique. Le système de plafonnement des revenus des plein temps géographiques, qu'ils soient universitaires ou hospitaliers, a pour objectif de limiter, jusqu'à un certain point, les activités cliniques afin de rendre les enseignants plus disponibles à leurs activités d'enseignement et de recherche.

Actuellement, seule l'Université McGill impose un plafonnement réel des revenus et ce plafonnement est variable selon les individus et les spécialités. A l'Université Laval, un plafonnement des salaires a été prévu mais jusqu'à ce jour, son application a été difficile. A l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke, il n'y a aucun plafonnement même s'il existe à Sherbrooke un système de fonds commun intégral (pool).

Maintenant que l'on sait que l'information la plus intéressante par rapport à cette étude est de connaître la distribution des ressources professorales en fonction de leur mode de rémunération, les difficultés commencent. Des données apparemment comparables d'une université à l'autre, car elles utilisent la même nomenclature ne veulent, en réalité, pas dire la même chose.

Ainsi à l'Université Laval, il n'y a aucun lien entre le titre universitaire et le mode de rémunération. Si les chargés d'enseignement sont généralement bénévoles ou, tout au plus, rémunérés au cours, les professeurs titulaires, agrégés et adjoints peuvent être plein temps universitaires, demi-plein temps universitaires, rémunérés à forfait, à la vacation et ce même au cours. Ainsi, dans le département de psychiatrie, le nombre total des enseignants est de 78 alors qu'il n'y a qu'un seul plein temps universitaire.

A l'Université McGill le lien entre le titre et le mode de rémunération est vraisemblablement plus direct. Il semble que tout professeur ayant un titre universitaire (professor, associate, assistant) est rémunéré mais les arrangements financiers sont très variables. Si le comité avait entrepris des démarches près des autorités universitaires pour obtenir la liste des enseignants selon leur

mode de rémunération, il semble que ces données n'auraient pu être fournies car l'université elle-même ne connaît pas la rémunération des pleins temps géographiques hospitaliers, recrutés par les directeurs de département et financés par des sources d'origine diverse.

Pour les Université de Montréal et de Sherbrooke, les données fournies dans les annuaires sont plus précises; il existe deux séries de titres universitaires dépendant du mode de rémunération:

- les titres classiques (professeur titulaire, agrégé, adjoint) qui s'appliquent aux enseignants qui sont plein temps universitaires ou demi-plein temps universitaires;

- les titres dits "de clinique" (professeur titulaire de clinique, agrégé de clinique, adjoint de clinique) qui s'appliquent aux enseignants qui reçoivent des forfaits très variables mais généralement modestes ou qui n'en reçoivent pas du tout.

Dans ces deux établissements, contrairement à l'Université Laval, les chargés de cours sont en très petit nombre à moins qu'ils ne soient pas identifiés systématiquement dans les annuaires.

Par souci d'équité, devant l'impossibilité d'obtenir une information comparable le comité a décidé d'exclure de la grille d'analyse l'évaluation du nombre de professeurs car la comparaison du nombre total des enseignants ne veut rien dire en terme de disponibilité professorale. Pour reprendre l'exemple de la psychiatrie, le

nombre total des enseignants est respectivement de 78 à l'Université Laval, 182 à l'Université McGill, 106 à l'Université de Montréal et 20 à l'Université de Sherbrooke tandis que le nombre de plein temps géographiques universitaires ou hospitaliers est respectivement de un, vraisemblablement de 88, 25 et 11. On ne peut en conclure toutefois que seul un enseignant du département de psychiatrie de l'Université Laval est disponible pour l'enseignement; il est d'ailleurs parfaitement connu que les enseignants non plein temps constituent une ressource professorale importante dans les quatre facultés de médecine.

Pour compliquer encore l'utilisation des données disponibles, on doit se souvenir que les enseignants sont comptabilisés par département et que les ressources professorales d'un département sont généralement impliquées dans plusieurs programmes dont le programme pré-doctoral qui requiert, on l'a déjà dit, beaucoup d'énergie de la part des professeurs.

Sans que les données concernant le nombre et la répartition des professeurs selon leur mode de rémunération soient nécessairement publiques, on peut déplorer qu'elles ne soient pas accessibles et le comité a voulu expliquer les difficultés rencontrées dans l'identification des ressources professorales par programme afin que des mesures soient prises pour améliorer la qualité de ces informations de sorte que des études ultérieures ne buteront pas sur les mêmes difficultés. En outre, le comité désire insister sur la nécessité et l'urgence d'instaurer un plafonnement réel des revenus des enseignants cliniciens des quatre universités. Le conflit d'intérêt évident entre les activités cliniques et l'enseignement est résolu de façon inégale d'une spécialité à l'autre et d'un sujet à l'autre de sorte qu'une disparité importante s'est installée, disparité génératrice d'amertume qui dure depuis plusieurs années.

RECOMMANDATIONS

(QUE les données concernant les ressources professo-
(rales soient comptabilisées de façon uniforme et
(qu'elles soient accessibles de telle sorte que l'on
(puisse savoir, pour chaque programme
(
(- le nombre total des enseignants;
(
(- leur répartition selon leur titre universitaire;
(
(- leur répartition selon leur statut: plein temps
(géographique universitaire, plein temps géographique
(hospitalier, enseignant rémunéré à forfait, à l'acte
(ou enseignant bénévole.

(QU'un système de plafonnement des revenus des médecins
(cliniciens-enseignants soit instauré ou amélioré dans
(les Universités Laval, de Montréal et de Sherbrooke.

Les critères de promotion

Il n'a été trouvé aucune description explicite des critères de promotion des résidents dans aucun des 115 programmes. On doit comprendre qu'il suffit qu'un sujet soit un "bon résident" pour poursuivre sa formation; on peut alors soupçonner qu'il est difficile de justifier la décision de faire reprendre un stage, voire d'exclure un candidat en s'appuyant sur un critère aussi peu défini que cette notion de "bon résident".

Les taux d'échecs aux examens de certification dans certains programmes obligent à s'interroger sur les processus d'évaluation et les critères de promotion en cours de formation. La promotion d'un candidat étant intimement reliée à son évaluation et celle-ci reliée aux objectifs du programme, nous aborderons l'ensemble de

cette question, évaluation et promotion, dans le chapitre 5 à propos de l'évaluation du résident en cours de formation (page 161).

L'évaluation externe des programmes

Depuis 1972,[1] l'évaluation de la qualité des programmes relève du Comité conjoint des programmes de sorte qu'en janvier 1975 le Comité conjoint avait proposé aux doyens des facultés de médecine et à la Corporation les modalités d'une collaboration pour réaliser cette évaluation, en raison de leur expérience passée et afin de ne pas dédoubler les énergies.

Le comité est convaincu de la qualité de la démarche et tient à faire remarquer que peu de programmes de l'enseignement supérieur sont ainsi soumis périodiquement à la critique d'un comité d'experts extérieurs. Toutefois, le comité a été déçu de ne pouvoir se servir, même avec l'assurance de la confidentialité, des observations et recommandations faites par les experts car il n'a pu obtenir les rapports des visites d'agrément: seul le rapport de la visite d'agrément de l'Université McGill a été transmis. Pour les trois autres établissements, seules les résolutions du Comité des études médicales du bureau de la Corporation ont été transmises au Comité conjoint des programmes. Ces résolutions sont directement reliées au rapport des visites d'agrément mais excluent une grande partie de la substance du rapport pour s'en tenir surtout à des recommandations administratives.

---

(1) Avis du Conseil des universités du 12 octobre 1971.

RECOMMANDATION

(QUE le Comité conjoint des programmes du Conseil
(des universités participe activement, et non comme
(observateur, aux visites d'agrément des facultés
(de médecine en désignant un expert pour chaque vi-
(site et en assumant une partie des coûts.

Outre l'amélioration de la collaboration des organismes impliqués dans l'évaluation des programmes de spécialisation médicale, le comité s'interroge sur la possibilité d'améliorer le rendement d'une procédure que l'on sait être lourde et dispendieuse.

Tout d'abord, pour que le comité d'experts n'ait pas à effectuer tous les cinq ans une visite marathon d'observation suivie de l'analyse des données et des conclusions sur chacun des programmes, n'y aurait-il pas lieu de mettre en place dans chaque programme des mécanismes valables d'évaluation interne de sorte que les organismes d'agrément aient pour tâche de vérifier la qualité de l'application de cette évaluation interne, d'identifier les problèmes survenus et surtout, de vérifier si les mesures de correction adéquates ont été prises pour solutionner les problèmes. Une telle procédure revaloriserait les processus d'évaluation interne des programmes.

De plus, au lieu que ces visites d'agrément soient faites faculté par faculté, il serait préférable de les faire programme par programme simultanément dans les différentes facultés. On connaît les inconvénients de la procédure actuelle: polarisation des énergies humaines de l'institution en vue de la préparation à la visite d'agrément et gel des prises de décision jusqu'à l'émission du rapport, survenue d'un seul coup d'une grande quantité de critiques et de recommandations qui s'appliquent à l'ensemble des programmes. La procédure

proposée permettrait d'accroître l'intérêt des observateurs en introduisant un élément de comparaison des programmes dans leur évaluation. Quelques programmes d'une faculté seraient évalués en même temps de sorte que l'institution pourrait donner suite plus rapidement aux recommandations; les recommandations des experts tiendraient compte de la complémentarité des programmes à l'échelle provinciale de sorte que l'on pourrait s'attendre à une meilleure utilisation des ressources avec ses conséquences probablement bénéfiques au niveau des coûts.

Il serait toutefois sage de faire l'essai de cette procédure dans une ou deux disciplines où l'on perçoit des problèmes avant de bouleverser l'organisation d'un système qui a fait ses preuves même s'il peut encore beaucoup s'améliorer.

Enfin, si le comité est convaincu de la valeur des observations faites pendant les visites d'agrément, il s'interroge sur l'autorité réelle de ces organismes sur les décisions universitaires. En effet, la prolifération des postes agréés dans les hôpitaux (Annexe X, page 405) pour former des internes et des résidents montre que les décisions se font souvent dans le sens de l'augmentation et très rarement dans le sens de la suppression.

RECOMMANDATIONS

(QUE les mécanismes d'évaluation interne de chacun
(des programmes soient établis et appliqués de sorte
(que les organismes d'agrément puissent s'appuyer
(sur les résultats de cette évaluation interne,
(après avoir vérifié sa qualité, afin de prendre
(des décisions et faire des recommandations.

(QU'à titre d'essai, dans des spécialités où il
(existe des problèmes, l'organisation des visites
(d'agrément soit modifiée de sorte que les diffé-
(rents programmes d'une même spécialité soient
(évalués simultanément.

Dans le cas de l'agrément d'un nouveau programme, et l'on vient d'en avoir un exemple avec les programmes en santé communautaire, le dédoublement des procédures, des énergies et des paliers de décisions est évident. En effet, après qu'un nouveau programme ait franchi les différentes instances d'approbation universitaire, trois organismes l'étudient et procèdent à des visites sur place avant de faire leurs recommandations; il s'agit:

- du sous-comité permanent d'évaluation des programmes de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ);

- du Conseil des universités par le biais du Comité conjoint des programmes;

- des organismes d'agrément que sont la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada.

Plusieurs questions surgissent: Ne peut-il arriver que l'on se trouve à court d'experts? Les questions posées par chacun des organismes sont-elles si différentes qu'elles justifient des procédures d'évaluation différentes? Le poids des recommandations de chacun des organismes est-il équivalent? Si oui, comment peut se faire la concertation?

Il serait plus fonctionnel que l'évaluation d'un nouveau programme en vue d'une approbation soit faite par un comité d'experts représentant les trois organismes mentionnés plus haut de sorte que chacun des experts apporterait une perspective d'analyse particulière, les organismes d'agrément évaluant la qualité pédagogique des programmes en vue de la formation professionnelle, la CREPUQ évaluant la valeur pédagogique des programmes en vue de la formation professionnelle et académique, le Conseil des universités apportant en plus la dimension des besoins de la collectivité et la perspective de la saine allocation des ressources.

RECOMMANDATION

(QUE l'approbation d'un nouveau programme de spé-
(cialisation médicale soit faite simultanément par
(les organismes d'agrément professionnels, le sous-
(comité permanent d'évaluation des programmes de la
(Conférence des recteurs et des principaux des uni-
(versités du Québec et le Comité conjoint des program-
(mes du Conseil des universités.

4.4 La grille d'analyse utilisée

Le tableau XIX de la page 114 résumait de quelle façon le comité en est arrivé à retenir la grille d'analyse proposée page suivante (tableau XXI).

Les résultats bruts de l'analyse des 115 programmes apparaissent au Chapitre 6, spécialité par spécialité.

TABLEAU XXI Grille d'analyse comparative des programme de spécialisation médicale, spécialité par spécialité.

Nombre de programmes (Tableau I)

Nombre moyen de résidents par an/5 ans (Annexe VIII)

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans (Annexe VIII)

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 (Tableau VII)

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs (Annexe VI

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans (Tableau VII)

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral (Tableau XVI)

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral (Tableau XVII)

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis (Tableau XVII)

Durée du programme (Tableau II)

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
(Annexe X)				
	X	X	X	X
(Annexe VIII)				
(Annexe IX)				

Le comité est tout à fait conscient des limites de la méthode qui tiennent surtout à la différence entre ce qui est écrit et ce qui est fait dans chaque programme. Cette différence est inquiétante en soi. Toutefois, à l'intérieur de ces limites, les informations accumulées et la comparaison des différents programmes sont fort instructives et doivent mener à un sérieux examen de conscience de la part des différents responsables à tous les niveaux de décision.

LES RESULTATS DE L'ANALYSE: FORCES ET FAIBLESSES DES DIFFERENTS PROGRAMMES RELATIVEMENT A CHAQUE CRITERE RETENU

Le tableau XIX de la page 114 résumait de quelle façon le comité en est arrivé à retenir 11 critères[1] pour l'analyse comparative des différents programmes de spécialisation médicale, à savoir:

1. les objectifs du programme
3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix
13. la recherche
14. le directeur de programme
16. le nombre des étudiants
17. l'unité d'enseignement clinique
21. l'évaluation du résident en cours de formation

---

(1) Les données concernant les enseignants ne seront pas conaignées dans la grille car elles sont incomplètes et peu comparables d'une université à l'autre (cf: les ressources professorales, page 129).

23. l'évaluation terminale: les examens de certification
24. l'évaluation interne du programme.

Ce choix ne remet pas en cause la valeur intrinsèque des critères exclus mais ils se sont avérés peu utilisables aux fins de la présente étude; les raisons en ont été données dans le chapitre précédent.

La compilation des observations faites dans les différents programmes pour chacun des critères a permis d'identifier les défauts et les qualités qui se retrouvent constamment dans l'une ou l'autre des facultés de médecine de sorte que le comité désire faire des recommandations à ce sujet, établissement par établissement.

5.1 Les objectifs du programme

	Nombre de programmes où les objectifs sont clairement définis			
	bien	peu	non	total
LAVAL	11	2	13	26
McGILL	2	-	29	31
MONTREAL	27	4	-	31
SHERBROOKE	20	4	3	27

A l'Université Laval, les objectifs ne sont définis que dans la moitié des programmes de résidence. A l'Université McGill, les objectifs ne sont pratiquement jamais définis. D'ailleurs, la documentation transmise au comité ne ressemble que rarement à un programme: il s'agit soit des documents préparatoires à la dernière visite d'agrément (1979), documents non destinés aux étudiants, soit d'une page de l'annuaire de la faculté de médecine. On eût pu croire à une erreur de transmission des documents demandés n'eût été la constance de cette erreur. A l'Université de Montréal, on remarque un effort considérable pour élaborer des programmes à partir d'objectifs spécifiques conformément aux principes de la pédagogie moderne. A l'Université de Sherbrooke, on note également un net effort en ce sens.

RECOMMANDATIONS

(QUE la faculté de médecine de l'Université McGill entre-
(prenne la rédaction des programmes de résidence afin
(qu'ils constituent réellement un contrat entre les étu-
(diants et les enseignants et qu'à cette fin soient iden-
(tifiés, pour chacun des programmes, des objectifs péda-
(gogiques spécifiques.

(QUE les facultés de médecine des Universités Laval et de
(Sherbrooke poursuivent leurs efforts dans la rédaction
(des programmes de résidence à partir d'objectifs pédago-
(giques spécifiques.

5.2 Les responsabilités du résident

Le recueil des informations concernant ce critère a été difficile car les responsabilités du résident sont rarement décrites de façon bien individualisée mais elles se trouvent plutôt diluées dans les objectifs

généraux, les objectifs de stage ou l'organisation administrative du programme.

	Nombre de programmes où les responsabilités du résident selon son niveau sont décrites			
	bien	peu	non	total
LAVAL	8	5	13	26
McGILL	3	8	20	31
MONTREAL	13	7	11	31
SHERBROOKE	15	5	7	27

A l'Université Laval, elles sont peu ou pas décrites dans les 2/3 des programmes. A l'Université McGill, elles ne sont, à toute fin pratique, pas définies par écrit. Toutefois, on comprend que les résidents seniors ont beaucoup de responsabilités tant au niveau des soins que de l'enseignement; par contre on saisit moins bien celles du résident junior. A l'Université de Montréal, il faudrait faire le même effort de précision que celui qui a été fait pour les objectifs. A l'Université de Sherbrooke, elles sont bien précisées dans 15/27 programmes. On doit citer en exemple le programme de psychiatrie dans lequel on décrit parfaitement les responsabilités que prend le résident, progressivement, au cours de sa formation.

Le comité reconnaît que dans les programmes où le nombre des résidents est important et ce, de façon constante, les fonctions, tâches et responsabilités sont souvent partagées entre les résidents de différents

niveaux de façon instinctive et sans équivoque: chacun a sa place dans le service. Par contre, dans les programmes où l'achalandage est irrégulier, on risque de confier des responsabilités au résident selon sa compétence et non selon son niveau de sorte que l'on peut, à la limite, en faire un éternel résident junior. On imagine facilement les répercussions d'une telle situation sur l'évaluation en cours de formation et ses conséquences fâcheuses sur l'évaluation terminale.

Le comité pense qu'il est capital, non seulement de bien différencier le résident junior du résident senior, mais encore de faire une différence entre le résident I et II d'une part, et le résident III et IV d'autre part. Il est en plus nécessaire de définir le rôle du résident pendant certains stages très spécialisés et pendant les stages effectués en dehors du programme principal.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'ensemble des facultés de médecine, et plus parti-
(culièrement les universités Laval et McGill, fasse un
(effort dans la description des responsabilités du ré-
(sident en différenciant clairement les niveaux de ré-
(sidence.

5.3 Les objectifs et le contenu des stages

	Nombre de programmes où les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés			
	bien	peu	non	total
LAVAL	8	5	13	26
McGILL	2	1	28	31
MONTREAL	24	4	3	31
SHERBROOKE	12	4	11	27

On remarque, et l'on devait s'y attendre, qu'il y a une similitude ici avec les observations faites à propos des objectifs du programme (5.1). Dans les universités Laval et de Sherbrooke, la planification des programmes à partir d'objectifs spécifiques est réalisée à 50% et plus et elle se poursuit. A l'Université McGill, on peut dire que, mises à part l'anesthésie-réanimation et l'urologie, il n'y a pas de planification écrite de programme. A l'Université de Montréal, les objectifs et le contenu des stages ont été décrits non seulement pour les stages obligatoires mais encore, dans la plupart des cas, pour les stages optionnels, ce qui paraît bien important pour que l'étudiant fasse un choix en connaissance de cause.

RECOMMANDATIONS

(QUE la faculté de médecine de l'Université McGill identi-
(fie les objectifs spécifiques et le contenu de chacun des
(stages, tant obligatoires qu'optionnels, pour l'ensemble

(des programmes de résidence.

(QUE les facultés de médecine de l'Université Laval et de
(Sherbrooke poursuivent leurs efforts dans l'identifica-
(tion des objectifs spécifiques et du contenu de chaque
(stage, tant obligatoires qu'optionnels, des programmes
(de résidence.

5.4 Les stages optionnels et de libre choix

	Nombre de programmes où des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts			
	oui	peu	non*	total
LAVAL	24	-	2	26
McGILL	29	-	2	31
MONTREAL	29	-	2	31
SHERBROOKE	26	-	1	27

(*) Dans les quatre facultés, il s'agit des programmes d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Des stages optionnels sont offerts dans la quasi totalité des programmes; toutefois, leur nombre et leur durée sont très variables selon les disciplines et selon les établissements pouvant aller de trois mois à 18 mois voire exceptionnellement 24 mois.

Il arrive fréquemment que des stages optionnels ressemblent à certains des stages obligatoires de sorte que si les objectifs et le contenu

des stages avaient été clairement identifiés, on eut dû remettre en cause la justification de telles options. En outre, dans de rares programmes, on offre en option la reprise d'un stage obligatoire, sans préciser ce que cette reprise lui ajoute. Ce phénomène semble relié à l'absence de ressources suffisantes dans le programme. Il est dommage que l'on n'ait pas recours, dans ce cas, aux ressources des autres programmes de la province en fournissant au résident des informations adéquates à ce sujet.

Les stages de libre choix ne sont pas explicitement offerts mais on a l'impression que l'année non définie par les normes minimales de formation permet aux résidents d'adapter le programme à leurs besoins à condition que les demandes particulières soient reçues favorablement par les directeurs de programme.

RECOMMANDATIONS

(QUE les objectifs et le contenu des stages optionnels des
(programmes de résidence des universités Laval, McGill et
(de Sherbrooke soient clairement définis et qu'ils soient
(différents de ceux des stages obligatoires à l'intérieur
(d'un même programme.

(QUE les informations relatives aux différents stages
(optionnels pertinents offerts dans le reste du réseau,
(compte tenu des champs d'excellence des autres établis-
(sements, soient données dans chaque programme.

5.5 La recherche

Le recueil des informations au sujet des activités de recherche dans les programmes de résidence fut difficile en raison de l'emploi d'une terminologie floue qui montre assez bien que les stages de recherche ne sont

pas la préoccupation majeure des responsables des programmes. En effet, on trouve exceptionnellement des stages de recherche obligatoires alors qu'on les offre souvent en option, qu'on encourage le résident à ..., qu'on lui recommande de faire une année de recherche après sa formation régulière, qu'il peut faire un projet de ... ou qu'il peut bénéficier d'une initiation à ... En raison du manque de fermeté des mots, les données du tableau suivant donnent une image approximative de la réalité. On retient surtout qu'une activité de recherche relève plus de l'initiative du résident que de la volonté des responsables des programmes.

	Nombre de programmes où un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir				
	exigé ou fortement recommandé	optionnel	"encouragé" projet initiation	en plus de la formation régulière	pas du tout
LAVAL (26)	3	9	1	1	12
McGILL (31)	9*	5	5	2	10
MONTREAL (31)	4	2	-	7	18
SHERBROOKE (27)	4	3	3	-	17

(*) dont un an de recherche obligatoire en chirurgie générale.

Il semble que certaines disciplines se prêtent mieux que d'autres à des stages de recherche car ils sont offerts dans presque tous les programmes de biochimie, d'endocrinologie, de microbiologie médicale, de néphrologie, de neuro-chirurgie, de psychiatrie, de rhumatologie et de santé communautaire. Toutefois, il est difficile de cerner les raisons exactes de cette constatation.

Comme pour l'ensemble des données de ce rapport, les informations concernant les stages de recherche proviennent des programmes écrits, aussi faudrait-il aller voir dans le milieu ce qui se passe réellement. La rencontre avec les étudiants lors de la consultation des milieux universitaires laisse à penser que le nombre de résidents qui font vraiment de la recherche avec réalisation d'un projet est petit dans les trois facultés francophones tandis qu'il est plus élevé à l'Université McGill. D'ailleurs dans les programmes de McGill, on trouve parfois des informations relatives aux différents moyens de financement dont peut disposer le résident pour une année de recherche.

RECOMMANDATIONS

(QUE les stages de recherche obligatoires et optionnels
(offerts dans les programmes de résidence des quatre
(facultés de médecine soient planifiés comme les autres
(stages: objectifs, conditions de réalisation et éva-
(luation.

(QUE les informations concernant les différents secteurs
(de recherche des quatre facultés de médecine dans une
(discipline donnée ainsi que les différents modes de
(financement d'un stage de recherche soient données dans
(les programmes de résidence.

5.6 Le directeur de programme

A l'Université Laval, 25/26 programmes ont un directeur dont cinq d'entre eux sont en même temps directeurs de département. Cette double fonction peut être difficile à assumer pour un même individu car il peut être amené à défendre des intérêts éventuellement en conflit: ceux du département et ceux du programme de résidence. A l'Université McGill,

la direction d'un programme de résidence n'est qu'exceptionnellement confondue avec la direction du département universitaire. A l'Université de Montréal, il est exceptionnel (environ 6/31 programmes) qu'il y ait un directeur de programme, notamment dans les disciplines médicales. La direction semble assurée par le président du comité pédagogique du programme qui réfère au comité directeur du département puis au directeur du département. La ligne d'autorité est difficile à identifier dans une telle structure et l'étudiant doit souvent se demander qui est responsable de quoi. On doit s'interroger sur l'efficacité administrative des programmes dans ces conditions. A l'Université de Sherbrooke, un directeur est identifié pour chacun des programmes; toutefois, il est assez souvent confondu avec le directeur du département ou de la section correspondant à une sous-spécialité en raison du petit nombre de professeurs dans certains départements ou sections.

RECOMMANDATIONS

(QU'un directeur de programme soit identifié pour chacun
(des programmes de résidence des quatre facultés de méde-
(cine et qu'il soit, autant que possible, différent du
(directeur de département.

5.7 L'achalandage des programmes, la masse critique

Au fil des années, à la demande des facultés de médecine, on a agréé de nouveaux postes de sorte qu'actuellement les hôpitaux du Québec ont une capacité d'accueil de 2 800 internes et résidents alors que le nombre de postes rémunérés est d'environ 1 800. S'il est important que la capacité d'accueil soit supérieure à la demande pour permettre aux étudiants de faire un choix de stage et d'entretenir ainsi une saine compétition

des différents milieux, une telle disproportion entre les postes offerts et les postes occupés comporte des risques. En effet, lors du choix des stages, on peut être tenté d'influencer le choix des étudiants afin qu'ils se répartissent dans les différents hôpitaux en réalisant un saupoudrage peu compatible avec une masse critique suffisante pour un bon enseignement.

La masse critique dépend sûrement des situations d'apprentissage elles-mêmes reliées jusqu'à un certain point aux différentes spécialités. En outre, on doit admettre que la présence de nombreux résidents et enseignants de différents programmes dans un hôpital crée un climat et une émulation propice à l'apprentissage; par contre, il peut arriver que certaines ressources cliniques ou matérielles soient partagées par les résidents de différentes spécialités en créant ainsi un conflit d'intérêt; enfin, il est bien connu que lorsqu'un résident est seul, il est généralement surchargé par les soins et peu motivé à réclamer des activités d'enseignement didactique.

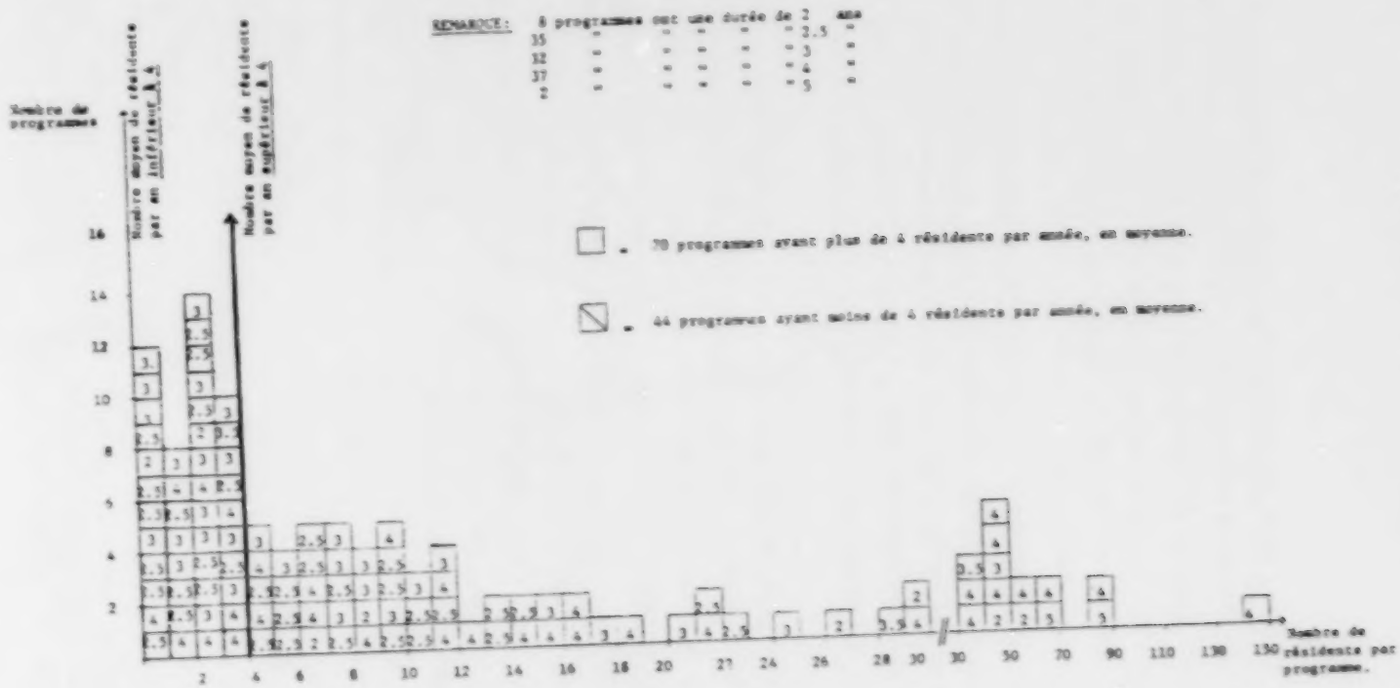
Les commentaires recueillis lors des consultations n'ont pas tout à fait clarifié le concept de masse critique, cependant, l'accord s'est fait sur certains points. Si les enseignants ont tendance à croire que le nombre des résidents dont ils ont la charge n'influence pas la qualité de leur enseignement, les résidents sont unanimes pour reconnaître la nécessité d'être plusieurs dans un service, quand ils sont résidents juniors; il se crée alors un effet de stimulation indéniable sur l'enseignement et l'apprentissage. Par contre, les résidents seniors, d'une façon générale, préfèrent une relation de type préceptoral avec les enseignants, surtout dans les spécialités chirurgicales et à technologie poussée.

Le tableau XXII de la page suivante montre que 44 programmes de spécialisation médicale ont eu quatre résidents en moyenne par année ou moins pendant les années 1975-76 à 1978-79; ce faible taux d'occupation ne peut que s'aggraver en raison du contingentement. La durée de ces programmes varie de deux à quatre ans et certaines spécialités sont des spécialités dont les effectifs professionnels sont très petits. Ces données signifient que 44 programmes ont eu de zéro résident par an à un maximum d'un résident, par niveau de résidence, par an, par programme. On imagine ce que devient la masse critique quand on sait que ces rares résidents peuvent en plus se répartir dans plusieurs hôpitaux. Il est justifié de se poser des questions sur la vitalité de tels programmes.

Le comité a décidé pour ce critère de s'en tenir à l'achalandage moyen annuel pendant les cinq dernières années (Annexe VIII, page 333) plutôt qu'à la notion floue de masse critique. Cet achalandage va constituer un argument important dans la rationalisation des programmes pour trois raisons: vérifier si l'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet au moins de maintenir les effectifs actuels (Annexe VII, page 326), voir si le nombre d'étudiants justifie l'existence d'un programme et, enfin, évaluer jusqu'à un certain point la valeur pédagogique des programmes telle que perçue par les étudiants puisqu'ils les ont choisis librement. Le comité est toutefois conscient que ce choix favorise toujours un peu les facultés de médecine montréalaises pour des raisons qui ne sont pas toujours pédagogiques. Il est surtout convaincu que le libre choix des étudiants est avant tout un excellent indicateur de la valeur des différents stages à l'intérieur d'un programme.

Une fois inscrits dans le programme, les résidents effectuent des stages dans différents hôpitaux et le comité a voulu se faire une idée de la masse critique en calculant le rapport entre le nombre d'étudiants et

TABLEAU XXII Répartition des 114 programmes de spécialité médicale en fonction du nombre moyen de résidents par programme, par année. Le nombre moyen a été établi à partir des tableaux de répartition des internes et résidents dans les différents programmes pour les années 1975-76 à 1978-79 publiés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.



le nombre d'hôpitaux agréés par programme. Le tableau XXIII, page suivante, montre que si la répartition des résidents se faisait uniformément dans les différents hôpitaux agréés, il y aurait eu, en moyenne, de zéro à deux résidents par hôpital dans 50% des programmes; or le contingentement diminuera cette moyenne dans les années à venir.

Le phénomène est encore plus grave dans les universités Laval (69%) et de Montréal (58%) et d'autant plus étonnant que le nombre total d'internes et de résidents de Montréal est d'environ 600 par an et de Laval d'environ 350, alors qu'à Sherbrooke il est d'environ 150 (Tableau XV, page 66). On ne peut que déplorer la balkanisation des programmes de résidence dans les hôpitaux affiliés des universités Laval et de Montréal avec ses conséquences inévitables sur la dispersion des ressources humaines et matérielles et la qualité de l'enseignement.

On est obligé de croire que la répartition ne se fait pas de façon uniforme entre les différents hôpitaux afin que la concentration des résidents soit suffisante dans chacun des milieux de formation et l'on se demande alors pourquoi il est besoin d'agréer autant de postes dans autant d'hôpitaux.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'ensemble des facultés de médecine du Québec et en
(particulier celles des universités Laval et de Montréal
(réduisent le nombre de sites d'apprentissage des program-
(mes de résidence dans les hôpitaux affiliés afin d'ac-
(croître le nombre d'étudiants par site d'apprentissage
(et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Le comité tient à attirer l'attention des universités sur les programmes suivants puisque pendant les cinq dernières années, le nombre

TABLEAU XXIII Répartition des programmes de spécialisation médicale selon la valeur du rapport entre le nombre moyen de résidents par an et le nombre de postes agréés, par faculté (d'après l'Annexe X, page 405).

	Répartition des programmes selon la valeur de R[1]			
	$R \ll 1$	$1.1 < R < 2$	$2.1 < R < 3$	$R \gg 3$
LAVAL (26 programmes)	11 42%	7 27%	4 15%	4 15%
McGILL (31 programmes)	5 16%	3 10%	9 29%	14 45%
MONTREAL (31 programmes)	12 39%	6 19%	5 16%	8 26%
SHERBROOKE[2] (25 programmes)	7 27%	5 19%	5 19%	8 35%
TOTAL (113 programmes)	35 31%	21 19%	23 20%	34 30%

(1) R: $\frac{\text{nombre moyen de résidents par an}}{\text{nombre d'hôpitaux agréés}}$

(2) Le programme conjoint d'urologie McGill-Sherbrooke a été comptabilisé à l'Université McGill. Le programme en santé communautaire de Sherbrooke n'était pas agréé en 1978-79.

moyen de résidents par an dans chacun de ces programmes fut inférieur au nombre d'hôpitaux agréés à les recevoir (Annexe X, page 405):

A l'Université Laval: biochimie médicale, endocrinologie, hématologie, microbiologie médicale, néphrologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, physiâtrie, radiologie diagnostique, radiothérapie et urologie.

A l'Université McGill: biochimie médicale, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, médecine nucléaire, microbiologie médicale et radiothérapie.

A l'Université de Montréal: allergie, endocrinologie, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, physiâtrie, pneumologie, radiothérapie, rhumatologie et santé communautaire.

A l'Université de Sherbrooke: biochimie médicale, endocrinologie, hématologie, médecine nucléaire, microbiologie, pneumologie et radiothérapie.

5.8 L'unité d'enseignement clinique

Le comité ne s'attendait pas à trouver des unités d'enseignement clinique (U.E.C.) dans les spécialités de laboratoire, dans les spécialités où les soins en clinique externe sont prédominants, en anesthésie-réanimation, en santé communautaire et en psychiatrie bien que l'on pourrait s'attendre à une structure équivalente adaptée aux activités de ces spécialités.

Pour les autres disciplines, d'après les réponses au questionnaire

adressé aux universités pour cette étude, l'U.E.C. est la structure pédagogique manifestement privilégiée pour l'enseignement clinique dans les quatre universités alors que certains stages, généralement en sous-spécialité, demeurent organisés selon un système patronal.

Lors des consultations, les étudiants des universités McGill et de Sherbrooke ont semblé généralement satisfaits de l'organisation et du fonctionnement des U.E.C. A l'Université Laval, les étudiants ont fait valoir que la qualité de certaines unités pourrait être améliorée mais ils font clairement la différence entre un stage en unité et un stage de type patronal. S'ils reconnaissent l'intérêt et la valeur de ce dernier pour certains stages et à certains niveaux de résidence, ils apprécient les stages en uni é pour plusieurs raisons, en particulier la prise de responsabilités, la qualité de l'enseignement et de l'évaluation.

Les étudiants de l'Université de Montréal ne semblent pas faire clairement de différence entre les stages de type patronal et les stages en unité d'enseignement clinique, ce qui oblige à se poser des questions sur l'organisation de ces dernières. Dans les deux cas il y a regroupement géographique des lits mais, si cette condition est nécessaire à l'organisation d'une U.E.C., elle est loin d'être suffisante. Les U.E.C. de l'Université de Montréal semblent peu rencontrer les critères généralement admis de l'U.E.C. et énoncés dans le Chapitre 3 (page 90) même si un effort a été fait dans le département de médecine et dans certains hôpitaux.

RECOMMANDATIONS

(QUE la faculté de médecine de l'Université de Montréal
(procède à l'évaluation de la qualité des unités d'ensei-
(gnement clinique du réseau hospitalier affilié et

(poursuive l'implantation de nouvelles unités.

5.9 L'évaluation du résident en cours de formation

	Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue		
	fiche d'appréciation de fin de stage clinique	examen écrit et/ou oral (1 à 2 fois par année)	évaluation de la compétence clinique par observation directe
LAVAL (26 prog.)	- 26/26 - 4 fois/an - sanctionnelle	18/26	- médecine interne - pédiatrie - psychiatrie
McGILL (31 prog.)	- 31/31 - 2 à 4 fois/an - sanctionnelle	7/31	- psychiatrie (?)
MONTREAL (31 prog.)	- 31/31 - 4 fois/an - sanctionnelle	25/31	- pédiatrie - psychiatrie (?)
SHERBROOKE (27 prog.)	- 27/27 - 4 fois/an - sanctionnelle	11/27	- psychiatrie

Le tableau ci-dessus montre que seule l'évaluation faite à l'aide de la fiche d'appréciation de fin de stage clinique (modèle page 94) est éventuellement utilisée dans un but sanctionnel. Pourtant, autant cette forme d'évaluation est intéressante dans un but formatif car elle permet

aux enseignants qui ont travaillé de façon étroite avec un résident pendant plusieurs mois de lui fournir une rétroaction, relativement à plusieurs dimensions de sa démarche, autant elle est peu fiable dans un but sanctionnel pour différentes raisons. D'une part, elle prétend mesurer les trois sphères du comportement (cognitif, psycho-moteur et affectif) alors qu'il faudrait lui adjoindre des instruments de mesures complémentaires spécifiques. D'autre part, les relations entre les évaluateurs et l'évalué ont été si étroites pendant plusieurs mois que l'évaluation de l'un constitue, jusqu'à un certain point, l'évaluation des autres; dans ce cas, on peut s'interroger sur le degré d'objectivité de cette évaluation. Ce manque d'objectivité explique en partie le nombre élevé d'échecs aux examens de certification chez des candidats qui ont, semble-t-il, normalement progressé et qui ont été recommandés par le département facultaire pour se présenter aux dits examens.

Les examens écrits et/ou oraux qui évaluent principalement les connaissances ne sont proposés aux étudiants que dans 50% des programmes. Ils ne sont pas sanctionnels et constituent surtout une forme d'entraînement aux examens terminaux.

L'évaluation de la compétence clinique par observation directe qui évalue surtout les attitudes et les habiletés psycho-motrices et, à un moindre degré, les connaissances est très peu utilisée au niveau de la résidence. Or, l'expérience des milieux qui l'ont utilisée a montré que ce n'était nullement superflu, même à ce niveau d'études.

L'évaluation de l'atteinte d'objectifs cognitifs, psycho-moteurs et affectifs requiert l'utilisation de différents instruments de mesure. Même si leur plus grand intérêt dans un processus d'apprentissage est d'être utilisés dans un but formatif, il n'en demeure pas moins nécessaire

de leur conférer à tous une valeur sanctionnelle équivalente si l'on estime que la compétence clinique requiert des qualités minimales tant dans le domaine cognitif que dans les domaines psycho-moteur et affectif.

Les raisons fondamentales de la définition des objectifs du programme, de l'identification des responsabilités du résident selon son niveau et de la spécification des objectifs et du contenu de chaque stage sont de permettre la planification de l'apprentissage, d'une part, et la planification de l'évaluation, d'autre part. Cette évaluation doit s'assortir de l'établissement de critères de promotion si l'on veut lui donner une valeur sanctionnelle. On a vu dans le Chapitre 3 que les programmes de résidence, même bien planifiés, étaient muets sur cette question.

RECOMMANDATIONS

(QUE les quatre facultés de médecine améliorent les pro-
(cessus d'évaluation du résident en cours de formation en
(développant des instruments de mesure appropriés aux
(objectifs poursuivis tant sur le plan cognitif que
(psycho-moteur et affectif et en les utilisant non seu-
(lement de façon formative mais aussi dans un but sanc-
(tionnel.

(QUE les comités d'évaluation des différents programmes
(de résidence des quatre universités procèdent à l'éta-
(blissement de critères de promotion du résident, en
(cours de formation.

5.10 L'évaluation terminale: les examens de certification

Le comité retient comme indicateur de la valeur pédagogique des programmes les résultats aux examens de certification des cinq dernières années en dépit des objections soulevées lors des consultations sur la

valeur de ces examens (Annexe IX, page 369). On fait généralement valoir qu'il s'agit d'examens strictement cognitifs, qu'ils ne mesurent qu'une dimension de la compétence médicale, que leur qualité comme instrument de mesure est inégale... On doit toutefois faire remarquer que les questions sont élaborées par les enseignants, que les jurys d'examens sont constitués par ces mêmes enseignants et que la Corporation professionnelle des médecins du Québec a entrepris une étude extensive de la valeur docimologique de ces examens afin de les améliorer.

Par ailleurs, le comité est conscient du fait que des candidats peuvent être attribués à un programme alors qu'ils n'y ont effectué que leur dernière année; ces candidats ont cependant été recommandés par le directeur du programme aux examens de certification.

Les résultats bruts sont fournis sur la grille d'analyse discipline par discipline et programme par programme dans le Chapitre 6. Le clivage des résultats aux examens de certification en fonction de l'origine du diplôme (m.d.) est indiquée dans l'Annexe IX.

5.11 L'évaluation interne du programme

La question: "Se fait-il périodiquement une évaluation formelle interne du programme?" a été comprise différemment d'un établissement à l'autre. Dans les universités Laval, McGill et de Sherbrooke, on a bien saisi qu'il s'agissait d'évaluer le programme dans sa réalisation concrète, comme l'entendait le comité, alors qu'à l'Université de Montréal, on a souvent compris qu'il s'agissait de réévaluer les objectifs, probablement parce que l'opération de l'identification des objectifs des programmes et de leur planification vient de se faire dans presque tous les

départements.

En dépit de l'ambiguité de la question, on comprend que dans les quatre facultés il n'y a pas vraiment d'évaluation interne des programmes de résidence qui soit planifiée, structurée avec recueil de données aussi objectives que possible, identification des problèmes, proposition de solutions à ces problèmes et vérification de leur application.

La formule généralement utilisée est une ou deux réunions par année des responsables du programme et des résidents (ou de leurs représentants) au cours de laquelle l'évaluation se fait lors d'un échange verbal. De plus, on mentionne fréquemment que les problèmes qui surviennent en cours d'année sont vite solutionnés en raison du contact quotidien des résidents avec les enseignants. La solution des problèmes au jour le jour n'est cependant pas garante de l'amélioration des programmes, globalement et à long terme.

Le comité veut mentionner que des efforts ont été faits dans le champ de l'évaluation de programme, mais de façon partielle. Ainsi à l'Université de Montréal fonctionne un système d'évaluation des enseignants par les étudiants; à l'Université Laval, on procède chaque année à l'évaluation du fonctionnement des unités d'enseignement clinique en médecine et ses sous-spécialités, en chirurgie générale, en chirurgie orthopédique et en gynécologie-obstétrique. A l'Université de Sherbrooke, un questionnaire d'évaluation de fin de stage est rempli par les étudiants. A l'Université McGill, on s'en tient plus généralement, mais non exclusivement, à des réunions informelles du comité de programme.

Tous ces efforts démontrent une volonté des facultés de médecine d'évaluer leurs programmes. Toutefois, aucune démarche effectuée n'est

assez globale pour mener à une critique sérieuse de leur fonctionnement. Les quatre universités pourraient s'entendre pour élaborer une grille commune d'évaluation de programme.

RECOMMANDATION

(QUE les facultés de médecine des quatre universités im-
(plantent un système d'évaluation interne périodique des
(programmes de résidence à l'aide d'une grille d'évalua-
(tion commune, évaluation à laquelle les résidents parti-
(ciperaient.

LA RATIONALISATION DES PROGRAMMES DE SPECIALISATION MEDICALE

Il a été montré tout au long des Chapitres 4 et 5 que de nombreuses améliorations pourraient être faites pour accroître la valeur pédagogique des programmes de spécialisation médicale. Les commentaires et recommandations concernant chacun des critères d'un programme idéal ont été faits dans ces chapitres. Pour procéder à la rationalisation elle-même, nous avons tenu compte:

1. de la dépendance ou non des autres programmes de la faculté de médecine vis-à-vis du programme analysé (Tableaux XVI et XVII, pages 99 et 101);

2. du nombre de résidents requis par année pour maintenir les effectifs professionnels actuels (Annexe VII, page 328);

3. de l'achalandage moyen annuel de chaque programme pendant les cinq dernières années (Annexe VIII, page 333);

4. des résultats aux examens de certification des candidats inscrits dans chaque programme pendant les cinq dernières années (Annexe IX, page 369).

Il sera fait mention à plusieurs reprises dans les recommandations de l'association de deux programmes. Le comité a défini dans le Chapitre 4 les conditions à remplir pour que deux programmes soient associés, au sens où l'entend le comité (page 126).

Avant d'aborder la rationalisation des programmes, spécialité par spécialité, le comité veut attirer l'attention du lecteur sur plusieurs points permettant de regarder positivement des recommandations dont on sait qu'elles seront initialement perçues négativement. En effet, quelques programmes seront radiés tandis que d'autres devront s'associer. Si l'on entend souvent dire que la prolifération des programmes et des postes agréés est excessive, chacun admet difficilement que son programme puisse faire l'objet d'une remise en question.

Les enseignants perçoivent la suppression de leur reconnaissance à former des résidents comme une critique personnelle car depuis longtemps l'acquisition d'un agrément de la part des organismes responsables était en quelque sorte la reconnaissance explicite de leur compétence professionnelle même s'ils ne recevaient pas nécessairement de résidents. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles de nombreux programmes de résidence ont des postes agréés dans presque tous les hôpitaux affiliés, pour chacun des programmes (Annexe X, page 405).

Les temps changent et le gouvernement a décidé que le Québec ne financerait les postes d'internes et de résidents qu'au prorata des besoins de la population de sorte que le contingentement est venu diminuer l'achalandage des programmes. De plus, il est clair que la priorité pour les 20 prochaines années est de privilégier la formation des médecins de première ligne. L'objectif déclaré est d'avoir 60% d'omnipraticiens vers l'an 2000 de sorte que cette politique aura probablement un effet

restrictif supplémentaire sur le maintien de l'achalandage des programmes de résidence. Doit-on maintenir des programmes ouverts au cas où, dans 20 ans par exemple, il y aurait une recrudescence soudaine et importante des besoins en médecins spécialistes?

Au-delà du côté prestigieux d'avoir le droit de former des résidents, il est certain que ce n'est pas sans effet sur les enseignants et sur la dispensation des soins: il est très stimulant d'enseigner, le contact avec des étudiants avancés est exigeant, la présence des résidents oblige à se tenir à l'affût des récents développements dans sa discipline et même on observe parfois une inversion des rôles: l'enseigné devient l'enseignant. La radiation d'un programme n'est pas synonyme de la perte du privilège d'enseigner. En effet, pour les sous-disciplines médicales, par exemple, la présence de résidents de médecine interne permet de garder le contact avec des étudiants avancés. D'ailleurs, la dispersion des efforts des enseignants impliqués dans plusieurs programmes aboutit parfois à une certaine frustration des enseignants et des résidents.

Enfin, la fermeture d'un programme dont l'achalandage est nul ou quasiment nul depuis cinq ans semble au comité une mesure équitable vis-à-vis des autres facultés. En rompant le monopole exercé par un programme agréé qui ne fonctionne pas, on permet aux autres milieux de rentrer dans la compétition, sur un pied d'égalité, que ce soit pour la création d'un nouveau programme ou pour l'organisation d'un programme partiel spécifique qui pourrait s'associer à un programme existant.

L'objectif poursuivi par le comité lorsqu'il recommande l'association d'un programme est exclusivement pédagogique. Là encore, lorsque les ressources professorales sont limitées, il vaut mieux mettre tous

les efforts sur une partie de la formation et la faire bien, que de tenter de prendre en charge la totalité du programme en ayant le sentiment, du côté enseignant et du côté étudiant, que l'on travaille en permanence en dehors des limites du possible. On se souvient des avantages de l'association de programmes (page 125) mais on veut ici insister sur les avantages pour les enseignants et le milieu: les résidents seront le véhicule direct de l'émulation entre les deux programmes, ils faciliteront l'élargissement des connaissances et des expériences et auront un effet de stimulation indéniable. Ces raisons sont généralement celles qui poussent, à juste titre, les enseignants à recommander aux résidents d'aller étudier une ou deux années à l'étranger.

Toutefois, pour que cet effet puisse être obtenu, l'association de programmes doit prévoir que les résidents reviennent en fin d'études dans le programme initial et non qu'ils effectuent tous la première partie de leur résidence dans les universités Laval ou de Sherbrooke et la deuxième partie dans les universités McGill ou de Montréal. Le comité espère avoir convaincu les responsables universitaires, facultaires et les enseignants que chaque médaille avait deux côtés et que les aspects positifs des recommandations de ce rapport doivent être présents à l'esprit du lecteur. Elles n'ont pas été faites dans un souci de décision administrative mais dans l'optique d'améliorer la qualité des programmes de formation médicale spécialisée au Québec.

Il semble important de faire ici, en rappel, la synthèse des recommandations générales portant sur chaque critère retenu pour l'analyse des différents programmes afin que le lecteur les aient à l'esprit en abordant le chapitre des recommandations spécifiques. Sans ce rappel, il risque de s'étonner que certaines observations apparaissant dans les grilles d'analyses ne fassent pas l'objet de recommandations, programme par programme.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS GENERALES S'APPLIQUANT A CHAQUE CRITERE RETENU DANS LA GRILLE D'ANALYSE

1. les objectifs du programme

(QUE la faculté de médecine de l'Université McGill entre-
(prenne la rédaction des programmes de résidence afin
(qu'ils constituent réellement un contrat entre les étu-
(diants et les enseignants et qu'à cette fin soient iden-
(tifiés, pour chacun des programmes, des objectifs péda-
(gogiques spécifiques.

(QUE les facultés de médecine des universités Laval et de
(Sherbrooke poursuivent leurs efforts dans la rédaction
(des programmes de résidence à partir d'objectifs péda-
(gogiques spécifiques.

2. les conditions d'admission

(QUE les conditions d'admission dans un programme soient
(définies par le comité de programme en fonction des
(objectifs de celui-ci tout en respectant les règlements
(universitaires, les normes corporatives et les règle-
(ments de l'immigration.

3. les responsabilités du résident

(QUE l'ensemble des facultés de médecine, et plus parti-
(culièrement les universités Laval et McGill, fasse un
(effort dans la description des responsabilités du résí-
(dent en différenciant clairement les niveaux de résí-
(dence.

4. les objectifs et le contenu des stages

(QUE la faculté de médecine de l'Université McGill identifie
(les objectifs spécifiques et le contenu de chacun des
(stages, tant obligatoires qu'optionnels, pour l'ensemble
(des programmes de résidence.

(QUE les facultés de médecine de l'Université Laval et de
(Sherbrooke poursuivent leurs efforts dans l'identifica-
(tion des objectifs spécifiques et du contenu de chaque
(stage, tant obligatoires qu'optionnels, des programmes
(de résidence.

5. les stages optionnels et de libre choi.

(QUE les objectifs et le contenu des stages optionnels
(des programmes de résidence des universités Laval,
(McGill et de Sherbrooke soient clairement définis et
(qu'ils soient différents de ceux des stages obliga-
(toires à l'intérieur d'un même programme.

(QUE les informations relatives aux différents stages
(optionnels pertinents offerts dans le reste du réseau,
(compte tenu des champs d'excellence des autres éta-
(blissements, soient données dans chaque programme.

6. la durée des stages

(QUE soit remise en question la définition a priori de
(la durée des stages et de la durée de chacun des pro-
(grammes de formation en spécialisation médicale tout
(en respectant les normes d'admissibilité aux examens
(de certification.

(QUE l'instauration de mécanismes d'évaluation continue
(fiables, assortis de critères de promotion, permette
(la progression du résident à son propre rythme en
(fonction de l'atteinte des objectifs de chaque stage.

7. les stages hors programme

(QUE la nature des stages hors programme ainsi que leurs
(objectifs généraux et le partage des responsabilités
(en regard de l'évaluation du résident soient définis
(par le comité directeur du programme principal en con-
(sultation avec les responsables du programme d'accueil.

8. la complémentarité provinciale des programmes

(QUE la complémentarité provinciale des programmes de
(spécialisation soit reconnue par les universités et
(soit concrétisée par l'organisation de programmes
(associés comportant:

- un comité d'admission-évaluation unique;
- un comité de programme unique qui assure la complémentarité des deux programmes;
- un comité de promotion unique.

(QUE les résidents soient inscrits à l'université où
(ils commencent leur formation et que leur dossier
(soit transféré lorsqu'ils effectuent leur formation
(en dehors du programme initial.

(QUE chaque composante du programme soit dirigée par
(un responsable. Les objectifs spécifiques, la pla-
(nification pédagogique, l'identification des res-
(sources et l'évaluation du programme local seront
(sous sa responsabilité.

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement et une
(partie de l'évaluation en commun afin d'assurer un
(contact continu entre les résidents et les ensei-
(gnants des deux programmes.

9. les stratégies pédagogiques
10. les cours hors programmes
11. l'apprentissage en clinique externe
18. les ressources connexes
19. les ressources cliniques
20. les conditions d'études

(QUE les programmes de spécialisation médicale compor-
(tent une description des stratégies pédagogiques au-
(tres que l'enseignement clinique incluant les cours
(hors programme ainsi qu'une description des ressources
(cliniques, des ressources connexes et des conditions
(d'étude nécessaires à la marche du programme. Cette
(description facilitera le processus d'évaluation in-
(terne et externe du programme.

12. l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins

(QUE l'acquisition des techniques d'évaluation de l'acte
(médical et de la qualité des soins fasse partie des
(objectifs pédagogiques des programmes de spécialisation
(médicale.

13. la recherche

(QUE les stages de recherche obligatoires et optionnels
(offerts dans les programmes de résidence des quatre facul-
(tés de médecine soient planifiés comme les autres stages:
(objectifs, conditions de réalisation et évaluation.

(QUE les informations concernant les différents secteurs
(de recherche des quatre facultés de médecine dans une
(discipline donnée ainsi que les différents modes de fi-
(nancement d'un stage de recherche soient données dans
(les programmes de résidence.

14. le directeur de programme

(QU'un directeur de programme soit identifié pour chacun
(des programmes de résidence des quatre facultés de mé-
(decine et qu'il soit, autant que possible, distinct du
(directeur de département.

15. les enseignants

(QUE les données concernant les ressources professorales
(soient comptabilisées de façon uniforme et qu'elles
(soient accessibles de telle sorte que l'on puisse sa-
(voir, pour chaque programme,

- le nombre total des enseignants;
- leur répartition selon leur titre universitaire;
- leur répartition selon leur statut: plein-temps géographique universitaire, plein-temps géographique hospitalier, enseignant rémunéré à forfait, à l'acte ou enseignant bénévole.

(QU'un système de plafonnement des revenus des médecins
(cliniciens-enseignants soit instauré ou amélioré dans
(les universités Laval, de Montréal et de Sherbrooke.

16. les étudiants, la masse critique

(QUE l'ensemble des facultés de médecine du Québec et en
(particulier celles des universités Laval et de Montréal
(réduisent le nombre de sites d'apprentissage des pro-
(grammes de résidence dans les hôpitaux affiliés afin
(d'accroître le nombre d'étudiants par site d'appren-
(tissage et d'optimiser l'utilisation des ressources.

17. l'unité d'enseignement clinique

(QUE la faculté de médecine de l'Université de Montréal
(procède à l'évaluation de la qualité des unités d'en-
(seignement cliniques du réseau hospitalier affilié et
(poursuive l'implantation de nouvelles unités.

21. l'évaluation du résident en cours de formation

(QUE les quatre facultés de médecine améliorent les
(processus d'évaluation du résident en cours de forma-
(tion en développant des instruments de mesure appro-
(priés aux objectifs poursuivis tant sur le plan co-
(gnitif que psycho-moteur et affectif et en les uti-
(lisant non seulement de façon formative mais aussi
(dans un but sanctionnel.

22. les critères de promotion

(QUE les comités d'évaluation des différents programmes
(de résidence des quatre universités procèdent à l'éta-
(blissement de critères de promotion du résident en
(cours de formation.

24. l'évaluation interne des programmes

(QUE les facultés de médecine des quatre universités
(implantent un système d'évaluation interne périodique
(des programme de résidence à l'aide d'une grille d'éva-
(luation commune, évaluation à laquelle les résidents
(participeraient.

25. l'évaluation externe du programme

(QUE le Comité conjoint des programmes du Conseil des
(universités participe activement, et non comme obser-
(vateur, aux visites d'agrément des facultés de méde-
(cine en désignant un expert pour chaque visite et en
(assumant une partie des coûts.

(QUE les mécanismes d'évaluation interne de chacun des
(programmes soient établis et appliqués de sorte que
(les organismes d'agrément puissent s'appuyer sur les
(résultats de cette évaluation interne, après avoir
(vérifié sa qualité, afin de prendre des décisions
(et faire des recommandations.

(QU'à titre d'essai, dans des spécialités où il existe
(des problèmes, l'organisation des visites d'agrément
(soit modifiée de sorte que les différents programmes
(d'une même spécialisation soient évalués simultané-
(ment.

(QUE l'approbation d'un nouveau programme de spécia-
(lisation médicale soit faite simultanément par les
(organismes d'agrément professionnels, le sous-comité
(permanent d'évaluation des programmes de la Confé-
(rence des recteurs et principaux des universités du
(Québec et le Comité conjoint des programmes du Con-
(seil des universités.

ALLERGIE

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 11

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 9

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 4.2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 38

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 47%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	oui	
Les programmations en résidence, agios et externats sont définies		0	oui	
Les critères et la durée de chaque stage sont précisés		0	oui	
Des stages optionnels utiles de libre choix sont offerts		oui	peu	
L'acte d'enseignement est l'organisation prévue [illegible]		oui	0	
Le stage de recherche est exigé, les directives et les conditions d'admission sont remises pour l'offrir		encouragé	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale de chaque résident, [illegible] est prévue		0	oui	
Une évaluation écrite structurée de l'application du programme est faite périodiquement		0	oui	
Il y a un directeur du programme		oui	comité	
Nombre de postes requis / nombre d'assistants actuels		3/3	3/3	
Nombre d'enseignants [illegible] / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents (moyenne [illegible] ans)		4.2/9	0	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		6/9	-	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en allergie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. La certification annuelle de deux candidats restant exercer au Québec assurera amplement le renouvellement des effectifs.

3. Le programme de l'Université de Montréal n'a reçu aucun résident depuis cinq ans. Si l'on reste fidèle à l'idée que l'achalandage d'un programme est un assez bon indice de sa valeur, on doit le supprimer, ce qui revient à consacrer une situation de fait.

4. Le comité ne retient pas l'argument linguistique pour justifier le maintien de deux programmes.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme d'allergie de l'Université
(McGill soit maintenue pour la formation complète.

(QUE le programme d'allergie de l'Université de Montréal
(soit radié de la liste des programmes approuvés à comp-
(ter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas
(la possibilité pour l'Université de Montréal d'offrir
(un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour
(les résidents en allergie de l'Université McGill.

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

ANATOMO - PATHOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 91

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 54.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 29.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 188

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 38.8

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 43%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 4/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	?	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies	peu	?	peu	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	?	oui	0
Des étapes systématiques et/ou de libre choix sont offertes	oui	oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	-	-	-	-
Le stage de résidents est jugé sur la présence et le rendement et les conditions d'admission sont connues avant l'offre	0	0	0	0
Une évaluation écrite est faite selon le cheminement prévu	oui	0	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'unité de pédiatrie est faite périodiquement	oui	0	oui	peu
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	d. dépt.
Nombre de postes offerts / nombre d'résidents inscrits	15/6	40/9	30/7	6/1
Nombre d'enseignants P.T., C.T. et T.T. / nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / nombre total de résidents / nombre requis par an/5 ans	6/7.4	13.4/32.2	9/12.2	1.4/2.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/6	24/31	6/7	0/1

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en anatomo-pathologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement en anatomo-pathologie est indispensable à tous les niveaux et dans toutes les spécialités.

2. L'achalandage des quatre programmes, quand on exclut les étrangers, est insuffisant pour maintenir les effectifs dont on sait qu'ils ne sont pas assez nombreux et qu'ils sont plus âgés que la moyenne des spécialistes. En conséquence, il n'est pas opportun de diminuer le nombre de programmes.

3. Le taux d'occupation des postes est très faible dans les quatre programmes même à l'Université McGill quand on exclut les résidents étrangers, alors qu'il y a une carence en effectifs professionnels dans la province.

4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke depuis cinq ans est faible de sorte qu'il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur la formation générale en anatomo-pathologie et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

5. Lorsque l'on compare l'achalandage moyen annuel des quatre programmes (66.8) et le nombre d'hôpitaux agréés (21), on s'inquiète de la dispersion des résidents surtout à Laval mais aussi dans les autres programmes.

6. La diminution inévitable du nombre de certifiés en anatomo-pathologie pour les années à venir. 42% des certifiés des cinq dernières années étaient diplômés des autres pays alors que les effets du contingentement n'apparaissent encore pas (Annexe IX, page 371).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes d'anatomo-pathologie des
(universités Laval, McGill et de Montréal soit maintenue
(pour la formation complète.

(QUE l'approbation du programme d'anatomo-pathologie de
(l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une for-
(mation partielle à condition que soit réalisée une as-
(sociation avec un autre programme pour la formation
(complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en
(octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des
(programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2]
(La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les résidents
(d'anatomo-pathologie des autres programmes de la pro-
(vince.

(QUE les organismes professionnels et les responsables
(des programmes facultaires identifient les raisons du
(peu d'intérêt que les étudiants ont pour cette disci-
(pline afin de recommander des mesures aptes à revalo-
(riser cette spécialité.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

ANESTHESIE - REANIMATION

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 115

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 66.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 39.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 432

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 87.4

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 39%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	oui	oui	0
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies	oui	oui	oui	0
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	oui	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	peu	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	-	-	-	-
Un stage de recherche est prévu, ou facilement recommandé et les conditions matérielles sont favorables pour l'offrir	0	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en vue de l'évaluation est prévue	oui	oui	oui	peu
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui	réunion	0	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés nombre d'heures agréées	27/6	46/10	30/6	12/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P. et I.P.C. Nombre total d'enseignants				
nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces nombre total de résidents nombre moyen par an/5 ans	13.6/15	10.6/29.4	14.4/18.6	1.2/3.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	19/23	25/44	24/47	0/5

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en anesthésie-réanimation n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage des quatre programmes est insuffisant pour maintenir les effectifs même si l'on inclut les résidents étrangers. Or, on sait parfaitement que les effectifs en anesthésie-réanimation sont insuffisants et que leur âge moyen est beaucoup plus élevé que l'âge moyen de l'ensemble des spécialistes. En conséquence, il n'est pas opportun de diminuer le nombre de programmes.

3. L'achalandage moyen des programmes des universités Laval, McGill et de Montréal s'équivaut quand on exclut les résidents étrangers. Bien que le nombre de résidents soit beaucoup plus petit dans le programme de Sherbrooke, la masse critique semble être comparable à celle des autres milieux car les résidents sont regroupés dans un seul hôpital. Toutefois, il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie de la formation des résidents et à associer le programme avec un autre pour leur assurer une formation complémentaire.

4. Non seulement l'achalandage des programmes est insuffisant pour former les effectifs nécessaires mais encore le taux d'échecs aux examens de certification est très élevé indépendamment du programme, sauf celui de Laval, et indépendamment de l'origine des candidats, sauf celui de McGill où tous les étudiants ayant échoué sont diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 372).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes d'anesthésie-réanima-
(tion des universités Laval, McGill et de Montréal soit
(maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation du programme d'anesthésie-réanimation
(de l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une
(formation partielle à condition que soit réalisée une
(association avec un autre programme pour la formation
(complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée
(en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste
(des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2]
(La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les résidents
(d'anesthésie-réanimation des autres programmes de la
(province.

(QUE les responsables des programmes d'anesthésie-réani-
(mation des universités McGill, de Montréal et de Sher-
(brooke procèdent à l'évaluation de leur programme, ré-
(visent leurs critères d'admission, améliorent l'appli-
(cation du système d'évaluation continue et terminale
(des résidents et définissent des critères de promotion.

(QUE les organismes professionnels et les responsables
(des programmes facultaires identifient les raisons du
(moindre intérêt que les étudiants ont pour cette dis-
(cipline afin de recommander des mesures aptes à reva-
(loriser cette spécialité.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

BIOCHIMIE MEDICALE

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 12

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 4.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 3

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 20

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 60%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 4/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	(1)	0		peu
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites		0		oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0		peu
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts		oui		oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique		-		-
Un stage de recherche est exigé ou facilement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir		oui		oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, au cours de la formation, est prévue		?		oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement		0		0
Il y a un directeur du programme	oui	oui		oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	5/5	4/3		3/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	1.8/3	0.4/0.8		0.8/0.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/5	3/5		1/1

(1) Il n'y a pas de programme écrit car il a été impossible d'en obtenir un exemplaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en biochimie médicale n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. La certification annuelle d'un candidat qui resterait exercer au Québec assurerait amplement le renouvellement des effectifs d'autant plus que ceux-ci sont jeunes. La durée du programme étant de quatre ans, il suffit de quatre à cinq résidents par année; cet achalandage justifie difficilement l'existence de plusieurs programmes.

3. Le petit nombre de résidents dispersés dans les trois programmes et le petit nombre de certifiés en cinq ans ne permet pas au comité d'utiliser l'achalandage et le succès aux examens pour indiquer le programme à conserver. Toutefois, le programme proposé par l'Université de Sherbrooke est de loin le plus précis et le plus attrayant; il prévoit en outre un stage de recherche obligatoire et l'acquisition d'un diplôme de 2^{e} cycle universitaire en cours de formation, ce qui paraît justifié dans une telle discipline.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme de biochimie médicale de
(l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour la for-
(mation complète.

(QUE les programmes de biochimie médicale des universités
(Laval et McGill soient radiés de la liste des programmes
(approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation
(n'exclut pas la possibilité pour ces deux universités
(d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence
(pour les résidents en biochimie médicale inscrits à l'Uni-
(versité de Sherbrooke.

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

CARDIOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 61

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 43.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 24

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 239

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 25.75

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 53%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites	0	0	peu	peu
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	peu	peu	peu	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	50%	oui	en partie	oui
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	encouragé	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	0	0	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui (1)	réunion	0	?
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	11/5	14/4	31/7	5/1
Nombre d'enseignants T.P., J.T.P. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	5/7.4	9.2/12	8.8/22.6	1/1.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	11/15	16/18	27/41	1/1

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. Le programme de cardiologie n'est pas indispensable au sens strict du terme au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine, même si l'enseignement en cardiologie est indispensable à tous les niveaux et dans presque toutes les spécialités.

2. L'achalandage moyen des cinq dernières années, en excluant les étrangers, permet le maintien des effectifs actuels.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke depuis cinq ans est faible de sorte qu'il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie de la formation en cardiologie et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

4. Les taux d'échecs des candidats du programme de l'Université de Montréal sont plus élevés (35%) que ceux des autres programmes (27% et 12%) alors qu'il s'agit du plus gros programme de la province.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de cardiologie des universités Laval, McGill et de Montréal soit maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation du programme de cardiologie de l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une formation partielle à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire.

(Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce
(programme sera radié de la liste des programmes approuvés
(à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce pro-
(gramme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de
(Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur
(d'excellence pour les résidents de cardiologie des autres
(programmes de la province.

(QUE les responsables du programme de cardiologie de l'Uni-
(versité de Montréal procèdent à l'évaluation de leur pro-
(gramme, révisent leurs critères d'admission, améliorent
(l'application du système d'évaluation continue et termi-
(nale des résidents et définissent des critères de promo-
(tion.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 14

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 10.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 4.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 57

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 52%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3.5/5 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	oui	
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites		oui	oui	
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts		peu	peu	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique		oui	oui	
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir		oui	0 (en plus)	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue		0	0	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement		0	0	
Il y a un directeur du programme		oui	comité	
Nombre de postes agréés nombre d'hôpitaux agréés		4/4	10/6	
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P. et T.P.C. nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		2.2/3.2	2.2/7	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		7/7	9/11	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. Les effectifs nécessaires dans cette spécialité sont intimement liés et de façon très rapide au développement de la technique de sorte qu'il est impossible, même à court terme, de définir les besoins en main-d'oeuvre dans cette discipline.

3. Même s'il est probable qu'un seul programme suffirait pour assurer la formation d'un nombre acceptable de spécialistes restant exercer dans la province de Québec, le comité reconnait que la valeur des deux programmes est comparable de sorte qu'il serait arbitraire de supprimer l'un ou l'autre.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de chirurgie cardio-vas-
(culaire et thoracique des universités McGill et de
(Montréal soit maintenue pour la formation complète.

CHIRURGIE GENERALE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 278

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 188.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 130.4(1)

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 579

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 91.4

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 38%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 8

Durée du programme 4 ans (sauf à McGill où il dure 5 ans)

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	0	peu	0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	peu	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	non	oui
Un stage de recherche est prévu et encouragé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	0 (option)	oui (1 an)	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, selon un mode de fonctionnement prévu	oui	0	?	peu
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui(2)	0	?	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	?	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux requis	46/6	105/10	100/6	24/4
Nombre d'enseignants F.P., C.F.P., et F.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents Nombre moyen par an/5 ans	23.2/32.8	58.1/82.6	43.2/60	5.8/13
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	21/34	37/49	40/63	3/15

(1) Un grand nombre d'entre-eux va s'orienter vers une sous-spécialité chirurgicale.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en chirurgie générale est indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine tant au niveau pré-doctoral que post-doctoral.

2. Les liens entre l'achalandage des programmes et les effectifs professionnels sont impossibles à faire car le programme de chirurgie générale est en partie commun à l'ensemble des spécialités chirurgicales.

3. Les taux d'échecs aux examens de certification sont élevés pour l'ensemble des programmes (39% à Laval, 25% à McGill où le programme dure cinq ans au lieu de quatre, 37% à Montréal, 80% à Sherbrooke) avec une concentration des échecs (60%) chez les candidats diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 376).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de chirurgie générale
(des quatre universités du Québec soit maintenue pour
(la formation complète.

(QUE les responsables des programmes de chirurgie géné-
(rale des universités Laval, McGill, de Montréal et de
(Sherbrooke procèdent à l'évaluation de leur programme,
(révisent leurs critères d'admission, améliorent l'ap-
(plication du système d'évaluation continue et terminale
(des résidents et définissent des critères de promotion.

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 76

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 48.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 32

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 237

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 38

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 58%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies	0	oui	peu	peu
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	contenu seulement	0	0	0
Des stages optionnels utiles de libre choix sont offerts	0 (sauf R5)	peu	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation globale responsable pour l'enseignement clinique	oui	oui	oui	oui
Le stage de médecine est géré de façon à permettre aux résidents de bien connaître les problèmes qui leur sont utiles	0 (sauf R5)	0	0	0
Une évaluation formelle écrite selon le rendement, le comportement est faite	oui	oui	oui	oui
Une évaluation écrite périodique de l'application du programme est faite périodiquement	oui (1)	0	oui	réunion
Il y a un dossier du résident	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes agréés / Nombre d'résidents inscrits	14/6	30/8	26/7	6/1
Nombre d'enseignants T.P. / T.T. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. / Nombre de spécialistes / Total du département / Nombre requis par unité	4.6/6.6	17.2/23.6	9.6/15.8	0.6/2.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	8/15	24/40	28/43	1/5

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de chirurgie.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en chirurgie orthopédique n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour le programme de physiâtrie (Tableau XVII, page 101).

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes parvient tout juste à maintenir les effectifs professionnels; par contre, les effectifs professionnels sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

3. Les taux d'échecs aux examens de certification sont très élevés pour l'ensemble des programmes (47% à Laval, 40% à McGill, 34% à Montréal et 45% à Sherbrooke) avec une concentration de ces taux d'échecs (61%) chez les candidats diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 377).

4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est insuffisant et démontre une faible attraction de ce programme sur les candidats locaux.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de chirurgie orthopédi-
(que des universités Laval, McGill et de Montréal soit
(maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation du programme de chirurgie orthopédique
(de l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une
(formation partielle à condition que soit réalisée une

(association avec un autre programme pour la formation com-
(plémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octo-
(bre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des pro-
(grammes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La
(radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour
(l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique
(dans un secteur d'excellence pour les résidents de chirur-
(gie orthopédique des autres programmes de la province.

(QUE les responsables des programmes de chirurgie orthopé-
(dique des universités Laval, McGill, de Montréal et de
(Sherbrooke procèdent à l'évaluation de leur programme,
(révisent leurs critères d'admission, améliorent l'appli-
(cation du système d'évaluation continue et terminale des
(résidents et définissent des critères de promotion.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 15

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.6

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 74

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 6.9

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 59%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	peu	
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies		peu	0	
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0	0	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts		?	oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation générale privilégiée pour l'enseignement clinique		oui	oui	
Un stage de recherche est prévu au programme et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir		oui	0	
Une évaluation formelle, écrite et/ou orale du résident, en vue de sa formation, est prévue		oui	oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement		oui	oui	
Il y a un directeur du programme		oui	oui	
Nombre de postes requis / nombre d'hôpitaux requis		6/3	9/6	
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / Nombre moyen par an/5 ans		3.6/6.4	6/7.6	
Succès aux examens de certification / Nombre total en 5 ans		6/7	15/16	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en chirurgie plastique n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage actuel permet plus que le maintien des effectifs professionnels et ce, d'autant plus que ces effectifs sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes. L'un ou l'autre programme à lui seul permettrait le maintien des effectifs.

3. La valeur des deux programmes est comparable selon les critères d'analyse retenus par le comité de sorte qu'il serait arbitraire de supprimer l'un ou l'autre. Par ailleurs, le comité reconnait à chacun des programmes un domaine d'excellence: la micro-chirurgie à l'Université McGill et la prise en charge des brûlés à l'Université de Montréal.

4. L'achalandage moyen va se modifier sous l'effet conjoint de deux facteurs: le contingentement des postes d'internes et de résidents et le comblement des besoins en effectifs dans la province de Québec.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de chirurgie plastique
(des universités McGill et de Montréal soit maintenue
(pour une formation complète.

(QUE les universités McGill et de Montréal explorent la
(possibilité d'une association tenant compte de la

(complémentarité des deux programmes en ce qui a trait à
(leurs domaines respectifs d'excellence.

(QU'une réévaluation de la nécessité du maintien de deux
(programmes dans la province de Québec soit faite en 1985.

D E R M A T O L O G I E

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 34

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 27

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 24.2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 105

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 7

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 73%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	0	0	
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	peu	0	oui	
Les stages optionnels offrent de libre choix sont offerts	oui	oui	peu	
L'unité d'enseignement est l'organisation prévoit assez périodiques pour l'enseignement clinique	—	—	—	
Le stage de recherche est exigé (si différent en contenu) et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	0 (option)	oui	0	
Une évaluation formelle écrite a lieu à la fin de chaque stage et copie en est remise au résident	oui	0	oui	
Une évaluation globale structurée de l'application du programme est faite périodiquement	réunion	réunion	oui	
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	
Nombre de postes requis Nombre d'hôpitaux requis	6/2	16/4	12/5	
Nombre d'enseignants 3e, 1re, et 3e c. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	3/3.2	12.8/14.4	8.4/9.4	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/9	17/20	17/19	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en dermatologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement de la dermatologie est important au niveau de la formation générale.

2. L'achalandage nécessaire au simple renouvellement des effectifs est impossible à évaluer car cette spécialité est en expansion continue et la demande est encore forte. Toutefois, au rythme où l'on va et sachant que les effectifs professionnels sont très jeunes, il est probable que la saturation est proche de sorte que le nombre de résidents devrait diminuer spontanément. Par contre, contrairement à d'autres spécialités, le contingentement aura peu d'effet sur l'achalandage des programmes de dermatologie car la proportion de diplômés (m.d.) des autres pays y est faible.

3. Avec les indicateurs retenus par le comité pour procéder à la rationalisation des programmes, il n'y a pas de différence majeure sur la valeur des trois programmes. On peut remarquer toutefois que les échecs sont plus élevés parmi les candidats du programme de Laval mais avec un petit nombre de candidats.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de dermatologie des universités Laval, McGill et de Montréal soit maintenue
(pour une formation complète.

(QUE la nécessité du maintien de trois programmes de dermatologie dans la province de Québec soit réévaluée pour
(le 1er juillet 1985.

ENDOCRINOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 27

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 8.2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 87

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ? ___

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 68%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	oui	0
Les stages optionnels utiles de cette unité sont offerts	oui	oui	peu	?
L'unité d'enseignement est l'organisation générale privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	oui	oui
Le stage de recherche est exigé du résident qui demande et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	?	oui	oui (en plus)	0
Une évaluation formelle écrite utile de la performance du résident est faite périodiquement	?	0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui(1)	0	oui	oui
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	?
Nombre de postes requis Nombre d'internes inscrits	4/2	11/3	10/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., à T.P. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (calculé depuis huit ans)	1.6/2	3.6/6.8	2.8/5.6	0.2/0.2
Durée des examens de certification (nombre total en 3 ans)	5/7	10/11	8/9	1/1

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme d'endocrinologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour celui d'obstétrique-gynécologie (Tableau XVII, page 101).

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet tout juste le maintien des effectifs professionnels; par contre, on doit noter que ces effectifs sont jeunes.

3. On est frappé dans le cas de l'endocrinologie par la dispersion des résidents et l'on peut s'interroger sur la valeur de la masse critique quel que soit le programme envisagé.

4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est presque nul de sorte que la suppression du programme viendrait seulement consacrer une situation de fait. Il y aurait avantage à concentrer les efforts sur l'organisation d'un stage dans un secteur d'excellence offert en option aux résidents des autres programmes.

5. L'achalandage moyen du programme de l'Université Laval justifie difficilement le maintien d'un programme complet. Il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie spécifique de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes d'endocrinologie des
(universités McGill et de Montréal soit maintenue pour
(une formation complète.

(QUE l'approbation du programme d'endocrinologie de l'Uni-
(versité Laval soit maintenue pour une formation partielle
(à condition que soit réalisée une association avec un
(autre programme pour la formation complémentaire.[1] Si
(l'association n'est pas réalisée en octobre 1981, ce
(programme sera radié de la liste des programmes approu-
(vés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce
(programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université
(Laval d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'ex-
(cellence pour les résidents d'endocrinologie des autres
(programmes de la province.

(QUE le programme de spécialisation d'endocrinologie de
(l'Université de Sherbrooke soit radié de la liste des
(programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[2]
(Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Uni-
(versité de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique,
(dans un secteur d'excellence pour les résidents d'endo-
(crinologie des autres programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 27

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 21.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 100

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 11.25

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 59%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	oui	oui
Les responsabilités du résident selon son niveau sont définies		0	0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0	oui	oui
Des stages optionnels utiles de libre choix sont offerts		peu	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation globale responsable pour l'enseignement clinique		oui	oui	oui
Un stage de recherche est prévu ou l'étudiant recommande le lieu approprié pour l'effectuer		option	option (1)	0
Une évaluation formelle écrite selon échelle de notation, au moins [illegible] est prévue		0	oui	?
Une évaluation interne périodique de l'application du programme est faite périodiquement		0	oui	0
Il y a un directeur du programme		comité	comité	oui
Nombre de postes requis (nombre d'étudiants requis)		10/4	15/5	2/1
Nombre d'enseignants P.T. , I.T.T. et P.T.I. (Nombre total d'enseignants)				
Nombre de résidents M.D. (Québec et autres provinces) (nombre total de résidents) (nombre moyen par unité ans)		7.6/9.6	6.4/10.6	0.8/1.4
Taux aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		10/12	17/23	3/5

(1) 6 mois de recherche quand le candidat envisage de faire une carrière académique.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en gastro-entérologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes fait plus que maintenir les effectifs professionnels et ce d'autant plus que ces effectifs sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est faible mais le taux d'occupation des postes à Sherbrooke est aussi élevé qu'à Montréal. Toutefois, on peut s'interroger sur la justification pédagogique d'agréer deux postes pour un programme complet quand celui-ci dure deux ans et demi car un tel agrément implique qu'il n'y aura jamais plus d'un résident par niveau présent dans le programme.

4. Il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants de Sherbrooke sur une partie de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de gastro-entérologie des
(universités McGill et de Montréal soit maintenue pour une
(formation complète.

(QUE l'approbation du programme de gastro-entérologie de
(l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une forma-
(tion partielle à condition que soit réalisée une

(association avec un autre programme pour la formation
(complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en
(octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des
(programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2]
(La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les résidents
(de gastro-entérologie des autres programmes de la pro-
(vince.

(QUE les organismes d'agrément réévaluent leur politique
(relativement à l'approbation d'un programme d'une durée
(de deux ans et demi ne comportant que deux postes de
(résidents.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 27-.

HEMATOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 30

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 16.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 12

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 115

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 13.65

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 62%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL(2)	SHERBROOKE(2)
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	peu	oui	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	peu	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	peu	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	en partie	oui
Le stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	oui	0 (encouragée)	0(R5)	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en vue de sa progression, est prévue	0	?	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui(1)	0 (réunion)	peu	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux actifs	4/3	14/4	10/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., I.C.E. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents Nombre moyen par an/5 ans	2.2/2.2	5.6/9.4	3.6/4.6	0.6/0.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/7	9/11	9/14	1/1

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

(2) Les programmes de Montréal et de Sherbrooke sont associés.

Concernant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en hématologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement en hématologie est indispensable à tous les niveaux et dans toutes les spécialités.

2. L'achalandage moyen des quatre programmes permet plus que le maintien des effectifs professionnels alors que la moyenne d'âge de ces effectifs est plus basse que celle de l'ensemble des spécialistes.

3. La dispersion des résidents est importante dans les quatre programmes avec un taux d'occupation des postes allant de 30% à 55% quand on exclut les diplômés (m.d.) des autres pays. D'ailleurs l'achalandage des deux dernières années a beaucoup diminué (Annexe VIII, page 347).

4. L'association du programme de Sherbrooke au programme de Montréal, condition de l'agrément de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, a été réalisée.

5. Le champ d'application de l'hématologie s'est étendu à l'oncologie depuis l'avènement de la chimiothérapie de sorte qu'il faudrait redéfinir le champ d'activité de l'hématologiste et que cette redéfinition se reflète au niveau de l'élaboration des programmes de formation.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme d'hématologie de l'Université McGill et du programme associé des universités de Montréal et de Sherbrooke soit maintenue pour une formation complète.

(QUE l'approbation du programme d'hématologie de l'Université Laval soit maintenue pour une formation partielle à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université Laval d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents d'hématologie des autres programmes de la province.

(QUE les normes minimales de formation en hématologie ainsi que les objectifs des programmes de formation soient redéfinis en raison de l'implication de l'hématologiste dans le champ de l'oncologie.

(QUE la réévaluation du nombre de programmes en hématologie soit faite advenant la reconnaissance d'une spécialité en oncologie.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

MÉDECINE INTERNE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 354

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 290.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 237.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 251

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 73.8(1)

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 35%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 14

Durée du programme 4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	0
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	0	0	oui	0
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	peu	oui
Un stage de recherche est requis ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	0	?	0 (option)	?
Une évaluation formelle, écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui (2)	?	non	oui
Il y a un directeur du programme	oui	oui	?	?
Nombre de postes requis nombre d'hôpitaux agréés	55/6	149/7	120/5	30/3
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents nombre moyen par an/5 ans	38.4/42.6	111.8/143.8	68.4/82.6	19.2/21.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/7	56/68	18/30	8/9

(1) Un grand nombre d'entre eux va s'orienter vers une sous-spécialité médicale.

(2) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en médecine interne est indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine tant au niveau pré-doctoral que post-doctoral.

2. Il est impossible d'évaluer si l'achalandage moyen des programmes permet ou non le maintien des effectifs professionnels car une grande partie des résidents des programmes de médecine interne vont s'orienter ultérieurement vers une sous-spécialisation médicale puisque la médecine interne constitue un tronc commun à l'ensemble de ces sous-spécialités.

3. Le taux d'échecs aux examens de certification des candidats du programme de Montréal (40%) est deux à trois fois plus élevé que les taux d'échecs des candidats des programmes de Laval (15%), de McGill (18%), et de Sherbrooke (12%).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de médecine interne
(soit maintenue dans les quatre universités pour la
(formation complète.

(QUE les responsables du programme de médecine interne
(de l'Université de Montréal procèdent à l'évaluation
(de leur programme, révisent leurs critères d'admission,
(améliorent l'application du système d'évaluation con-
(tinue et terminale des résidents et définissent des
(critères de promotion.

MEDECINE NUCLEAIRE

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 17

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 4.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 2.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 31

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 42%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

		McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites		0	oui	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0	oui	oui
Des stages optionnels ou au libre choix sont offerts		oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique		—	—	—
Un stage de recherche est prévu ou facilement recommandé et les conditions matérielles sont favorables pour l'offrir		0	? (option)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, au cours de l'exposition, est prévue		?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement		0	informelle	informelle
Il y a un directeur du programme		oui	oui	oui
Nombre de postes requis Nombre d'hôpitaux requis		6/3	6/5(1)	5/1
Nombre d'enseignants T.P., T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents nombre moyen par an/5 ans		0.6/2.4	1.8/2	0.4/0.4
Durée aux examens de certification nombre total en 5 ans		1/1	1/1	2/2

(1) On remarque la dispersion des résidents: 5 postes dans 5 hôpitaux.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en médecine nucléaire n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des résidents depuis cinq ans peut difficilement justifier plus d'un programme. D'ailleurs, il suffit d'un certifié par an pour maintenir les effectifs.

3. La dispersion des résidents dans les trois programmes et la réussite à 100% des quatre candidats qui se sont présentés pendant les cinq dernières années ne permet pas de différencier la valeur de chaque programme. Le nombre des étudiants a augmenté récemment (Annexe VIII, page 350) alors que le marché du travail dans cette discipline est peu extensible, aussi peut-on s'attendre à un retour prochain à l'achalandage antérieur.

4. A l'Université McGill, il n'y a pas de programme écrit tandis que les programmes de Montréal et de Sherbrooke sont sérieusement conçus et bien planifiés. Dans les deux cas, le résident peut acquérir une maîtrise en cours de formation. A Sherbrooke, la formation théorique semble solide et les conditions sont réunies pour offrir un stage de recherche. A Montréal, l'orientation vers la clinique est privilégiée tandis que la formation théorique semble moins bien structurée et que les conditions pour faire un stage de recherche sont plus aléatoires.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme de médecine nucléaire de
(l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une
(formation complète.

(QUE l'approbation du programme de médecine nucléaire de
(l'Université de Montréal soit maintenue pour une
(formation partielle à condition que soit réalisée une
(association avec le programme de l'Université de Sher-
(brooke pour la formation complémentaire.[1] Si l'associa-
(tion n'est pas réalisée en octobre 1981, ce programme
(de l'Université de Montréal sera radié de la liste des
(programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2]
(La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université de Montréal d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les résidents de
(médecine nucléaire du programme de Sherbrooke.

(QUE le programme de médecine nucléaire de l'Université
(McGill soit radié de la liste des programmes approuvés
(à compter du 1er juillet 1981.[2] Cette radiation n'ex-
(clut pas la possibilité pour l'Université McGill d'of-
(frir un stage spécifique dans un secteur d'excellence
(pour les résidents en médecine nucléaire des autres
(programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

MICROBIOLOGIE MEDICALE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 22

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 11.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 65

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 9.8

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 49%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	peu	oui
Les responsabilités du résident selon son niveau sont décrites	0	0	0	0
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	peu	0
Des stages optionnels utiles au libre choix sont offerts	oui (1) (12 mois)	oui (1) (12 mois)	oui (3 mois)	oui (1) (24 mois)
L'unité d'enseignement est l'organisation centre-stage sont tenus pour l'enseignement clinique	---	---	---	---
Le degré de autorité est gradué en fonction des connaissances et des habiletés démontrées par le résident	?	?	oui	oui
Une évaluation formelle écrite a lieu à la fin de chaque stage	oui	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	0	0	0	oui
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	?
Nombre de postes offerts / postes actuellement remplis	4/4	6/5	12/5	3/1
Nombre d'enseignants F.P., F.T., et T.P.S. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / (moyenne annuelle sur 5 ans)	2/2.4	2.4/3.4	7/8.4	0/0
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	3/3	4/5	12/13	---

(1) La durée des options est précisée mais l'éventail des stages offerts en option n'est pas précisé.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en microbiologie médicale n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen actuel permet amplement le renouvellement des effectifs professionnels de la province, renouvellement qui pourrait être assuré par le seul programme de l'Université de Montréal. L'achalandage moyen des programmes de Laval et de McGill est faible tandis que celui du programme de Sherbrooke est nul.

3. Les programmes présentés par les universités Laval et McGill sont certainement à réviser pour ne pas dire à définir.

4. On observe actuellement de profondes mutations dans les activités du microbiologiste médical; on lui demande d'être infectiologue c'est-à-dire d'avoir la double compétence de l'interniste ou du pédiatre et du microbiologiste de sorte qu'il a des activités cliniques et des activités de laboratoire. En outre, il doit acquérir une compétence spécifique en pharmacologie clinique relativement aux antibiotiques. Les programmes de formation en microbiologie médicale devraient être modifiés pour que les résidents acquièrent cette triple compétence: clinique, microbiologique et pharmacologique.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme de microbiologie médicale
(de l'Université de Montréal soit maintenue pour la
(formation complète.

(QUE les normes minimales de formation en microbiologie
(médicale ainsi que les objectifs du programme de forma-
(tion de l'Université de Montréal soient redéfinis compte
(tenu de l'orientation vers l'infectiologie des activités
(du microbiologiste.

(QUE les programmes de microbiologie médicale des univer-
(sités Laval, McGill et de Sherbrooke soient radiés de la
(liste[1] des programmes approuvés à compter du 1er juillet
(1981. Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour
(ces universités d'offrir un stage spécifique dans un
(secteur d'excellence aux résidents en microbiologie mé-
(dicale de l'Université de Montréal.[2]

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

(2) Dans le cas où les besoins en microbiologistes médicaux augmenteraient de telle sorte que serait justifiée la création d'un deuxième programme, les trois universités seront alors sur un pied d'égalité pour défendre un nouveau programme.

NEPHROLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 29

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 16.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 65

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 65%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2,5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident selon son niveau sont décrites	peu	0	0	0
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	peu	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	?	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	oui	oui
Un stage de recherche est exigé ou facilement recommandé et les conditions nécessaires sont pour être pour l'offrir	"collaborer à"	"can be arranged"	option(2) (M.Sc.)	option
Une évaluation formelle (écrite et/ou orale du résident, en cours de formation) est prévue	0	?	0	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui (1)	rencontres	réunion	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	?
Nombre de postes agréés / Nombre d'hôpitaux agréés	3/1	11/3	12/5	3/1
Nombre d'enseignants T.P., T.T.P., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / requis ouvert par an/5 ans	0.4/0.4	4.6/9.2	3.2/5	1.6/1.8
Durée aux examens de certification (nombre total en 3 ans)	—	17/17	9/10	5/5

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

(2) Le stage de recherche est optionnel mais peut se faire sans année supplémentaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en néphrologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des quatre programmes assure le renouvellement des effectifs actuels d'autant plus facilement qu'ils sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen pour l'ensemble de la province ne justifie pas le maintien de quatre programmes mais les succès aux examens (100%) de certification ne permettent pas de faire de différence sur la valeur de ces programmes. Toutefois, les achalandages des programmes de Laval et de Sherbrooke sont très faibles.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de néphrologie des universités McGill et de Montréal soit maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation des programmes de néphrologie des universités Laval et de Sherbrooke soit maintenue pour une formation partielle à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ces programmes seront radiés de la liste des programmes approuvés

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(à compter du 1er juillet 1982.[1] La radiation de ces
(programmes n'exclut pas la possibilité pour les univer-
(sités Laval et de Sherbrooke d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les résidents
(de néphrologie des autres programmes.

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

NEUROCHIRURGIE

Nombre de programmes 4 **Nombre de postes** 24

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 18.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 5.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 54

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 51%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignemont post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 4/5 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0 (1)	peu	peu
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	0	0	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	peu	oui	peu	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	non	oui
Le stage de recherche est prévu en fonction de la demande et les conditions particulières sont définies pour l'offrir	possible (M.Sc.)	possible	possible (en plus)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en vue de sa promotion, est prévue	oui	oui	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	0	0	0	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes actifs / Nombre d'hôpitaux servis	4/2	12/3	6/5	2/1
Nombre d'enseignants T.P., T.T., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / nombre moyen par an/5 ans	2.2/2.4	2.6/11.6	0.6/3.2	0/1.0
Sources aux programmes de spécialisation (nombre total en 5 ans)	—	4/10	—	2/2

(1) Le document transmis n'est pas vraiment un programme d'enseignement.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en neurochirurgie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. Le nombre de neurochirurgiens actuellement en activité dans la province de Québec est de 54 et l'on sait que le nombre de neurochirurgiens par rapport à la population est très élevé. Pour maintenir ces effectifs qui sont déjà très nombreux, il suffit d'avoir deux à trois nouveaux certifiés par année. Il est intéressant de remarquer que, en dépit d'un achalandage disproportionné aux besoins, le nombre de certifiés est faible (6 certifiés en 5 ans) car de nombreux candidats se sont arrêtés, ont échoué ou ont passé leurs examens de certification en dehors de la province de Québec.

3. Le nombre de candidats diplômés de la province de Québec est faible même si l'on considère l'ensemble des programmes de sorte que le seul programme de l'Université McGill suffirait pour répondre aux besoins de la province.

4. Par ailleurs, ce comité n'est pas le premier à reconnaître le caractère aberrant de cette situation. Déjà, en 1976, le sous-comité des doyens des facultés de médecine et la Corporation professionnelle des médecins du Québec ont tenté de réaliser une concertation entre les quatre directeurs de programmes pour réduire le nombre de programmes et réaliser une complémentarité entre l'Université McGill et l'Université de Montréal, concertation qui s'est soldée par un échec.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation d'un seul programme de spécialisation
(en neurochirurgie soit maintenue pour la formation com-
(plète et que ce programme soit situé à l'Université
(McGill.

(QUE les programmes de neurochirurgie des universités
(Laval, de Montréal et de Sherbrooke soient radiés de
(la liste des programmes approuvés à compter du 1er
(juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la pos-
(sibilité pour ces universités d'offrir un stage spé-
(cifique dans un secteur d'excellence aux résidents de
(neurochirurgie de l'Université McGill.

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

NEUROLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 44

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 28.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 16.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 134

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 19.75

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 70%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont [illegible] définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies	0	0	peu	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont définis	0(1)	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée; tout l'enseignement clinique	oui	oui	oui	oui
Le stage de recherche est [illegible] les conditions particulières sont requises pour l'offrir	option (R4)	projet	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale de chaque résident, en cours de fonctionnement est prévue	oui (2)	0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui	réunion	réunion	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes agréés / nombre d'hôpitaux agréés	4/2	22/4	14/6	4/1
Nombre d'enseignants 1°, 2°, 3°, et 4°/ Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / Nombre moyen par unité ans	0/0.8	11.2/20.4	4.6/5.2	0.6/2.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	24/25	5/10	2/2

(1) Les objectifs sont définis pour le stage de neurologie offert aux résidents en médecine interne.

(2) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en neurologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour le programme de physiâtrie (Tableau XVII, page 101).

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes assure amplement le renouvellement des effectifs professionnels et ce, d'autant mieux que ces effectifs sont très jeunes.

3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke ne peut justifier le maintien d'un programme complet; il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie spécifique de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

4. L'achalandage moyen du programme de Laval est presque nul.

5. Le programme de neurologie de l'Université de Montréal n'exerce pas une grosse attraction sur les étudiants québécois et les échecs aux examens sont élevés (5 sur 10) alors qu'ils sont à peu près nuls pour les candidats des autres programmes. En outre, le comité s'inquiète de la dispersion des résidents puisqu'il y a cinq résidents en moyenne par année qui peuvent être dispersés dans six hôpitaux.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme de neurologie de l'Université McGill soit maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation du programme de neurologie de l'Université de Montréal pour la formation complète soit conditionnelle à l'amélioration du programme, à la réduction du nombre des centres hospitaliers agréés, à l'amélioration du système d'évaluation des résidents et à l'établissement de critères de promotion. Ces conditions doivent être remplies avant le 1er juillet 1982 et démontrées aux organismes responsables de la qualité des programmes.

(QUE l'approbation du programme de neurologie de l'Université de Sherbrooke soit maintenue pour une formation partielle à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de neurologie des autres programmes de la province.

(QUE le programme de neurologie de l'Université Laval soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[2] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université Laval d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de neurologie des autres programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 110

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 78.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 58.2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 364

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 37.5

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 44%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.75/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites	0	0	0 (sauf R4)	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	0	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	3/6	oui	oui	1/2
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	0	?	0	initiation
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui	oui	?	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui (1)	réunions	0	réunion
Il y a un directeur du programme	oui	oui	?	oui
Nombre de postes R1/R5 Nombre d'hôpitaux requis	24/6	40/7	40/4	6/2
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents R 4, Québec et c. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/3 ans)	12.8/15.8	27.2/38.2	15.4/20.4	2.8/3.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	21/35	49/82	24/45	1/1

(1) Evaluation annuelle des unités d'enseignement du département de gynécologie-obstétrique.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en gynécologie-obstétrique est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en excluant les candidats étrangers, est de beaucoup supérieur aux besoins nécessaires pour maintenir les effectifs professionnels même si ceux-ci sont un peu plus âgés que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen des programmes des universités Laval, McGill et de Montréal est satisfaisant alors que celui de l'Université de Sherbrooke est faible. Toutefois, en se rapportant à l'Annexe VIII, page 355, on constate que le nombre des résidents de Sherbrooke a cru chaque année pour passer successivement de un à deux, trois, six et sept en 1979-1980.

4. Le taux d'échec aux examens de certification est élevé: 40% à Laval, 40% à McGill, 47% à Montréal; 60% des candidats ayant échoué étaient diplômés (m.d.) des autres pays. Le taux élevé d'échecs aux examens vient contrecarrer jusqu'à un certain point les effets d'un achalandage excessif des programmes sur le nombre des effectifs professionnels.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes d'obstétrique-gynécolo-
(gie des quatre universités soit maintenue pour la for-
(mation complète.

(QUE les responsables des programmes de gynécologie-obsté-
(trique des universités Laval, McGill et de Montréal pro-
(cèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs
(critères d'admission, améliorent l'application du sys-
(tème d'évaluation continue et terminale des résidents
(et définissent des critères de promotion.

OPHTALMOLOGIE

Nombre de programmes 4 **Nombre de postes** 57

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 46.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 35.6

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 209

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 27

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 49%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	peu	oui	0
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	peu	oui	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	oui	oui	contenu seulement
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	0(1)	0(1)	0(1)	0(1)
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont favorables pour l'offrir	projet	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui	oui	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui	oui	oui	0
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés / Nombre d'hôpitaux agréés	12/4	18/4	24/5	5/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	9.6/11	11.6/16.4	10.2/14.8	4.2/4.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	10/19	20/26	21/37	—

(1) C'est la seule discipline où l'on observe ce phénomène: aucune option dans aucun des programmes.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en ophtalmologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en excluant les diplômés des autres pays, conduit à une augmentation des effectifs professionnels actuellement en place.

3. L'achalandage moyen de chacun des programmes est satisfaisant et les résultats aux examens de certification, bien qu'ils soient inquiétants, ne permettent pas de faire une différence sur la valeur de chaque programme; on doit toutefois noter que les candidats du programme de l'Université McGill réussissent mieux (76% de succès) que les candidats du programme de l'Université Laval (50% de succès) et du programme de l'Université de Montréal (56% de succès). Les candidats ayant échoué aux examens de certification sont tout autant des diplômés canadiens que des diplômés hors Canada (Annexe IX, page 392) de sorte que ces échecs ne sont pas reliés à la qualité de la formation pré-doctorale. Le taux élevé d'échecs aux examens vient contrecarrer jusqu'à un certain point les effets d'un achalandage excessif sur le nombre des effectifs professionnels.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de spécialisation en
(ophtalmologie des quatre universités soit maintenue
(pour la formation complète.

(QUE les responsables des programmes d'ophtalmologie des
(universités Laval et de Montréal procèdent à l'évaluation
(de leur programme, révisent leurs critères d'admission,
(améliorent l'application du système d'évaluation continue
(et terminale des résidents et définissent des critères
(de promotion.

(QUE la nécessité du maintien de quatre programmes
(d'ophtalmologie dans la province de Québec soit
(réévaluée pour le 1er juillet 1985.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Nombre de programmes 4 **Nombre de postes** 44

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 23.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 173

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 22.5

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 50%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	(1)	oui	peu
Les responsabilités du résidant, selon son niveau, sont définies	0		0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0		oui	0
Des stages optionnels autres que les plus chers sont offerts	0		oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation générale choisie pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont fournies pour l'effet	0		0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale de chaque résident, en vue de sa promotion, est faite	oui		0	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	réunion		réunion	oui
Il y a un directeur du programme	comité		comité	oui
Nombre de postes actuels Nombre d'hôpitaux actuels	8/5	16/4	16/4	4/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents inscrits depuis 5 ans	4.4/4.8	1.8/6.6	6.8/9.8	1.8/2.2
Durée des examens de certification (nombre total en 5 ans)	9/11	9/16	16/18	3/4

(1) Il semble qu'il n'y ait pas de programme à McGill car il a été impossible d'en obtenir un exemplaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en oto-rhino-laryngologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des quatre programmes, lorsqu'on exclut les candidats diplômés des autres pays, est insuffisant pour maintenir les effectifs professionnels, ce qui témoigne d'une faible attraction des programmes et/ou d'une faible attraction de la spécialité. De toute façon, la capacité d'accueil de trois des quatre programmes serait suffisante pour répondre aux besoins de la population du Québec.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université McGill est faible par rapport à sa capacité d'accueil et très faible si l'on considère seulement les diplômés canadiens. De plus, les taux d'échecs aux examens de certification sont élevés (44%) et les candidats ayant échoué sont tout autant diplômés du Québec que des autres provinces canadiennes et des autres pays (Annexe IX, page 393), de sorte que l'on peut penser que ces échecs sont plutôt reliés à la valeur du programme qu'à l'origine des candidats.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes d'oto-rhino-laryngologie
(des universités Laval, de Montréal et de Sherbrooke soit
(maintenue pour une formation complète.

(QUE l'approbation du programme d'oto-rhino-laryngologie
(de l'Université McGill soit maintenue pour une formation

(partielle à condition que soit réalisée une association
(avec un autre programme pour la formation complémentaire.
(Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1]
(ce programme sera radié de la liste des programmes
(approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation
(de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Uni-
(versité McGill d'offrir un stage spécifique dans un sec-
(teur d'excellence pour les résidents d'oto-rhino-laryn-
(gologie des autres programmes de la province.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

PEDIATRIE

Nombre de programmes 4 **Nombre de postes** 145

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 116.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 78.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 346

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 64.8

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 55%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 11

Durée du programme 4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	peu	peu	oui	peu
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	oui	oui	oui	oui
Un stage de recherche est exigé ou fortement encouragé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir	0	projet	0 (en R5)	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui(1)	?	oui(1)	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	non	réunion	0	oui
Il y a un directeur du programme	d. départ.	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés nombre d'hôpitaux agréés	10/4	55/4	70/3	10/1
Nombre d'enseignants P.P., I.T.P., et P.C. nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces nombre total de résidents nombre moyen par an/5 ans	5.6/6.2	38.2/58.2	29.8/45	5.2/7
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	0/2	42/56	49/73	0/6

(1) Evaluation de la compétence clinique des résidents par observation directe.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en pédiatrie est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des programmes assure amplement le renouvellement des effectifs professionnels même s'ils sont un peu plus âgés que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen des programmes des universités McGill et de Montréal est satisfaisant. L'achalandage moyen des universités Laval et de Sherbrooke est faible et serait inquiétant si des résidents de tous les niveaux étaient en formation. Etant donné le petit nombre de candidats qui se présente aux examens de certification, on doit comprendre que la plupart des résidents de ces programmes commencent dans les universités Laval et de Sherbrooke et finissent dans les universités McGill et de Montréal, ce qui réalise l'esprit d'une association de programmes à ceci près que l'échange est à sens unique de la périphérie vers Montréal et que les universités Laval et de Sherbrooke assument presque constamment la lourde charge de former des résidents juniors.

4. Les échecs aux examens de certification sont élevés dans tous les programmes: 2/2 à Laval, 14/56 (25%) à McGill, 24/73 (32%) à Montréal et 6/6 à Sherbrooke.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de pédiatrie des quatre
(universités soit maintenue pour la formation complète.

(QUE les responsables des programmes de pédiatrie des
(universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke
(procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent
(leurs critères d'admission, améliorent l'application
(du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Nonobstant l'approbation des programmes de pédiatrie des universités Laval et de Sherbrooke pour une formation complète, le comité recommande:

(QUE les programmes de pédiatrie des universités Laval et
(de Sherbrooke réalisent une véritable association avec
(un autre programme afin que l'échange de résidents puisse
(se faire dans les deux sens.

PHYSIATRIE

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 12

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 3.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 33

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 4.5 (?)

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 45%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5

	LAVAL		MONTREAL	
Les objectifs du programme sont clairement définis	peu		oui	
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	peu		oui	
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	peu		oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui		oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	—		—	
Un stage de recherche est exigé ou facilement recommandé et les conditions nécessaires sont favorables pour l'offrir	0		0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui		oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	0		peu	
Il y a un directeur du programme	oui		comité	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/6		8/4	
Nombre d'enseignants T.P., à T.P. et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	0.4/0.6		1.6/2.8	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	1/1		3/3	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en physiâtrie n'est pas indispensable au fonctionnement d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des cinq dernières années ne permet pas le renouvellement des effectifs en raison d'une nette désaffection des étudiants pour cette spécialité. Un achalandage moyen aussi faible ne peut justifier plus qu'un programme.

3. Les programmes de physiâtrie des universités Laval et de Montréal ont réalisé, dans les textes, les conditions d'un jumelage comportant une unité de direction, un comité de programme et des objectifs communs, une mobilité des résidents à l'intérieur des deux programmes qu'ils soient inscrits à l'une ou l'autre université et une uniformité des critères d'admission et de promotion de sorte que se trouvent réalisées les conditions d'un programme associé. Le comité s'interroge sur la réalisation concrète de cette association.

4. Il semble que des liens entre les programmes de physiâtrie et de rhumatologie doivent s'établir dans l'optique de la formation de médecins spécialistes compétents dans l'approche des problèmes concernant l'appareil locomoteur. L'établissement de ces liens pourrait conduire à une redéfinition ou à une fusion de ces spécialités et, corollairement, à une redéfinition des objectifs et du contenu de ces programmes.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation d'un seul programme de physiâtrie asso-
(ciant les universités Laval et de Montréal soit approuvé
(pour une formation complète à condition que soient réali-
(sées les conditions d'une réelle association pour juillet
(1981.

(QU'une réévaluation des programmes de physiâtrie et de
(rhumatologie, quant à leur nombre, leurs objectifs et
(leur contenu soit faite advenant la redéfinition ou la
(fusion de ces spécialités.

PNEUMOLOGIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 26

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 23.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 15.6

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 113

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 43%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 2.5/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	généraux	peu	oui	(1)
Les responsabilités du résidents, selon son niveau, sont définies	peu	peu	oui	
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	peu (hôpitaux)	0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'apprentissage clinique	oui	oui	oui	
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont favorables pour l'offrir	oui	0 (R5 - R6)	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, au cours de l'internat, est prévue	oui	0	oui	
Une évaluation externe structurée de l'application du programme est faite périodiquement	oui	réunion	réunion	
Il y a un directeur du programme	oui	oui	oui	
Nombre de postes agréés / Nombre d'hôpitaux agréés	5/1	12/5	7/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., T.P., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / Nombre requis par an/5 ans	3.2/4	8.2/13.8	4.2/5.6	0/0.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	3/6	18/19	10/11	—

(1) Il n'y a pas de programme écrit.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en pneumologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. Il est difficile d'évaluer si l'achalandage moyen des quatre programmes permet le renouvellement des effectifs professionnels car il existe une double population de pneumologues (Annexe VII, page 331). Toutefois, si l'on compare la pneumologie à la gastro-entérologie (100 spécialistes) et à l'hématologie (115 spécialistes), il semble que l'achalandage moyen de 15 par année suffit amplement pour maintenir les effectifs professionnels même si ces derniers sont un peu plus âgés que la moyenne de l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke est à toute fin utile nul depuis cinq ans.

4. Les résultats aux examens de certification sont satisfaisants pour les candidats des programmes de McGill et de Montréal mais laisse à désirer pour les candidats du programme de l'Université Laval (3/6 reçus).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de pneumologie des universités Laval, McGill et de Montréal soit maintenue
(pour la formation complète.

(QUE le programme de pneumologie de l'Université de Sherbrooke soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence aux résidents de pneumologie des autres programmes.

(QUE les responsables du programme de pneumologie de l'Université Laval procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

---

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

PSYCHIATRIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 183

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 115.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 83.2

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 629

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 128.5

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 58%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites	oui	0	oui	oui (***)
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	peu (R3 - R4)	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	# 0	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions nécessaires sont prévues pour l'offrir	option	projet en option	0 (en R5)	option
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	oui	oui(1)	oui	oui(1)
Une évaluation interne périodique de l'application du programme est faite périodiquement	réunions	oui	0	réunion + rapport
Il y a un directeur du programme	?	oui	comité	dir. départ.
Nombre de postes requis / Nombre d'hôpitaux requis	24/9	90/10	60/8	9/1
Nombre d'enseignants I.P., I.T.P., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / Nombre moyen par an/5 ans	7.6/9.4	37.6/59.4	33.6/42	4.4/4.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/12	81/100	40/56	0/0

(1) Par observation directe à l'aide de miroir unidirectionnel

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en psychiatrie est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en incluant les diplômés étrangers, n'assure pas le renouvellement des effectifs professionnels, effectifs qui sont plus âgés que la moyenne des spécialistes. De plus, il est généralement reconnu qu'il y a déjà actuellement une carence en psychiatres.

3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke est faible. Toutefois, en se rapportant à l'Annexe VIII, page 361, on constate que le nombre de résidents a cru chaque année pour passer de trois et deux à quatre, neuf et six. En outre, les postes sont tous comblés pour 1980-81.

4. Le taux d'échec aux examens de certification des candidats de l'Université Laval est élevé (6/12 échecs).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de psychiatrie des
(quatre universités soit maintenue pour une formation
(complète.

(QUE les responsables du programme de psychiatrie de
(l'Université Laval procèdent à l'évaluation de leur
(programme, révisent leurs critères d'admission, amé-
(liorent l'application du système d'évaluation continue
(et terminale des résidents et définissent des critères
(de promotion.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 104

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 65.8

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 53

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 384

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 67.9

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 52%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3.75/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	oui	oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Le stage de recherche est jugé suffisamment recommandé et les conditions nécessaires sont remplies pour l'offrir	option	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale de chaque résident au cours de l'année est prévue	oui	0	0	0
Une évaluation interne objective de l'application du programme est faite périodiquement	réunion	0	réunion	réunion
Il y a un directeur du programme	oui	oui	comité	?
Nombre de postes actuels / Nombre d'inscrits actuels	8/6	40/5	50/7	6/1
Nombre d'enseignants T.P., T.T., et T.P.C. / Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces / Nombre total de résidents / moyenne annuelle par an/5 ans	2.2/4	24.8/32.8	23/26.8	3.2/3.8
Durée des examens de certification / nombre total en 5 ans	1/3	41/51	44/65	2/2

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en radiologie diagnostique n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet tout juste de maintenir les effectifs professionnels. Or, il semble s'agir d'une des rares spécialités où tout le monde s'entend pour reconnaître que l'on manque d'effectifs de sorte que le moment n'est pas propice pour diminuer le nombre de programmes.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université Laval est faible et les huit postes agréés sont dispersés dans six hôpitaux tandis qu'à l'Université de Sherbrooke l'achalandage est un peu plus élevé et les postes sont regroupés dans un seul centre hospitalier. Etant donné le petit nombre de candidats qui se présente aux examens de certification, on doit comprendre que la plupart des résidents de ces programmes commencent dans les universités Laval et de Sherbrooke et finissent dans les universités McGill et de Montréal, ce qui réalise l'esprit d'une association de programmes à ceci près que l'échange est à sens unique, de la périphérie vers Montréal, et que les universités Laval et de Sherbrooke assument presque constamment la lourde charge de former des résidents juniors.

4. Les échecs aux examens de certification sont de 2/3 à Laval, de 20% à McGill et de 33% à Montréal avec cette particularité que les candidats ayant échoué à Laval et à McGill sont diplômés (m.d.) des autres pays alors que presque tous les candidats ayant échoué à Montréal sont diplômés du Québec (Annexe IX, page 399).

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation des programmes de radiologie des quatre
(universités soit maintenue pour la formation complète.

(QUE les responsables des programmes de radiologie des
(universités Laval et de Montréal procèdent à l'évaluation
(de leur programme, révisent leurs critères d'admission,
(améliorent l'application du système d'évaluation continue
(et terminale des résidents et définissent des critères de
(promotion.

Nonobstant l'approbation des programmes de radiologie diagnostique des universités Laval et de Sherbrooke pour une formation complète, le comité recommande:

(QUE les programmes de radiologie des universités Laval et
(de Sherbrooke réalisent une véritable association avec un
(autre programme afin que l'échange de résidents puisse
(se faire dans les deux sens.

RADIOTHERAPIE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 19

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 3.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 1

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 30

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 53%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	peu(R1-R2)	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites	0	peu (R4)	R1-R2	oui
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	R1-R2	peu
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts	?	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Un stage de recherche est prévu ou fortement recommandé et les conditions nécessaires sont réunies pour l'offrir	0	oui (R2)	?	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue	?	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	0	comité	0	0
Il y a un directeur de programme	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés nombre d'hôpitaux agréés	4/1	4/2	8/3	3/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents nombre moyen par an/5 ans	0.4/0.4	0.2/2	0.4/0.8	0/0
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	1/1	—	—

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en radiothérapie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. La production d'un certifié par année permet le maintien des effectifs professionnels de sorte qu'il est difficile de justifier plus d'un programme dans la province de Québec.

3. L'achalandage dérisoire de chaque programme et la production d'un certifié en 5 ans ne permettent pas de privilégier le maintien de l'un ou l'autre programme.

4. Aucun des programmes tels que définis actuellement n'est satisfaisant. Les programmes des universités Laval et McGill sont peu convaincants. Le programme de l'Université de Sherbrooke propose une formation bien structurée en sciences fondamentales assortie de la possibilité d'effectuer un stage de recherche alors que le programme de l'Université de Montréal semble plus orienté vers la formation clinique de sorte que ces deux programmes sembleraient complémentaires.

5. Le maintien d'un des quatre programmes tels qu'offerts actuellement risque d'amoindrir la volonté d'une révision en profondeur des objectifs et du contenu du programme en radiothérapie de la province.

6. La nécessité d'offrir la totalité des programmes de formation en spécialité médicale dans la province de Québec ne constitue pas

un objectif en soi justifiant le maintien à tout prix d'un programme.[1]

RECOMMANDATIONS

(QUE les programmes de radiothérapie des universités Laval,
(McGill, de Montréal et de Sherbrooke soient radiés de la
(liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet
(1981.[2]

(QUE la création d'un nouveau programme de radiothérapie,
(et d'un seul, associé ou non, soit autorisée dans la
(province de Québec et que ce programme franchisse les
(différentes étapes de l'approbation de tout nouveau
(programme.

---

(1) Compte tenu du très petit nombre de résidents, le comité estime réaliste que les programmes nord-américains soient considérés comme une ressource suffisante et de bonne qualité en attendant la création d'un nouveau programme provincial.

(2) Les mesures corollaires à la radiation des autres programmes ne peuvent s'appliquer ici puisque les quatre programmes de la province sont radiés. Dans le cas de la radiothérapie, les résidents en cours de formation pourront achever leur formation dans l'un ou l'autre programme alors qu'aucun nouveau candidat ne sera admis.

RHUMATOLOGIE

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 17

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 11.2

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 5.8

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 39

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 44%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 2.5/4 ans

		McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis		0	0	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont décrites		0	oui	peu
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés		0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts		oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique		oui	oui	oui
Un stage de recherche est prévu ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir		oui	0 (R5-R6)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, à la fin de la formation, est prévue		0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement		comité	oui	0
Il y a un directeur du programme		oui	comité	oui
Nombre de postes requis Nombre d'hôpitaux requis		7/2	4/4(1)	6/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T.P. et I.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents Nombre moyen par an/5 ans		3.2/6.2	1.4/2.6	1.2/2.2
Succès aux examens de certification Nombre total en 5 ans		4/7	1/2	3/4

(1) On remarque la dispersion des résidents: 4 postes dans 4 hôpitaux.

Considérant les points suivants:

1. Le programme de rhumatologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen requis pour assurer le renouvellement des effectifs professionnels est difficile à évaluer car il s'agit d'une spécialité récente (1970) et en développement. Toutefois, l'achalandage moyen actuel, en excluant les diplômés étrangers, va tripler les effectifs en 20 ans.

3. L'achalandage moyen des trois programmes est faible et justifie au maximum l'existence de deux programmes. Le petit achalandage des programmes des universités de Montréal et de Sherbrooke ainsi que le petit nombre de leurs diplômés ne permettent pas de privilégier l'un ou l'autre programme.

4. Il semble que des liens entre les programmes de physiâtrie et de rhumatologie doivent s'établir dans l'optique de la formation de spécialistes compétents dans l'approche des problèmes concernant l'appareil locomoteur. L'établissement de ces liens devrait conduire à une redéfinition ou à une fusion de ces spécialités et, corollairement, à une redéfinition des objectifs et du contenu de ces programmes.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme de rhumatologie de l'Uni-
(versité McGill soit maintenue pour la formation complète.

(QUE l'approbation d'un seul programme associant les universités de Montréal et de Sherbrooke soit reconnue pour la formation complète à condition que cette association soit réalisée pour octobre 1981.[1] Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981, ces programmes de rhumatologie des universités de Montréal et de Sherbrooke seront radiés de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ces programmes n'exclut pas la possibilité pour ces deux universités d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de rhumatologie du programme de l'Université McGill.

(QU'une réévaluation des programmes de physiâtrie et de rhumatologie, quant à leur nombre, leurs objectifs et leur contenu, soit faite advenant la redéfinition ou la fusion de ces spécialités.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

SANTE COMMUNAUTAIRE

Nombre de programmes 3 + 1 provisoire Nombre de postes 37

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 10

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 0

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 0

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	(2)	oui	généraux
Les responsabilités du résident, selon son niveau, sont définies	oui		oui	0
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	oui		oui	peu
Des stages optionnels afin de tenir compte des différences sont offerts (1)	oui		oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation générale privilégiée pour l'enseignement clinique	—		—	—
Un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont pour être pour l'offrir	oui		oui	±
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, est faite périodiquement	oui		oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement	½ an		réunion	n/a
Il y a un directeur du programme	dir. dép.		comité	?
Nombre de postes requis nombre d'options requis	24/5	9/4	4/4	3/1
Nombre d'enseignants T.P., I.T., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents Nombre moyen par an/5 ans	9.5/11	5/5	2.5/3.5	3/3(1 an)
Taille aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	—	—	—

(1) Il s'agit plutôt de champs de concentration que d'options.

(2) Il ne semble pas y avoir de programme écrit car on nous a transmis les exigences du Collège Royal relatives à cette spécialité.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en santé communautaire n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine pour le moment, mais il faudra vérifier cette assertion dans quelques années quand cette spécialité aura mieux défini son champ d'activité par rapport aux autres spécialités.

2. Le caractère nouveau de cette spécialité empêche d'appliquer les guides de rationalisation employés pour les autres disciplines puisqu'il n'y a pas d'effectifs professionnels, que le calcul de l'achalandage moyen ne peut se faire que sur deux années et qu'on ne peut se fier aux résultats des examens de certification puisqu'il n'y a pas encore de certifiés.

3. L'absence de recul concernant le fonctionnement de ces programmes alors que tous les autres programmes approuvés en bloc en 1970 ont eu la chance de faire leurs preuves pendant dix ans.

4. La nécessité d'appliquer au programme de l'Université de Sherbrooke les mêmes règles du jeu même si son agrément par la Corporation professionnelle est réservé, justifie de lui laisser faire également ses preuves.

5. Le développement des programmes en santé communautaire dans la province de Québec est un bon exemple du développement anarchique de quatre programmes de formation complète qui ont peu ou pas de complémentarité les uns avec les autres, développement anarchique motivé par une compétition mal comprise et mal exploitée par les

quatre universités. Il eût été préférable qu'une université prenne le "leadership" dans cette discipline, probablement Laval, dont le programme est le plus complet et le mieux structuré pour concevoir et assurer la formation complète alors que les trois autres universités eussent pu offrir des stages complémentaires dans des champs de concentration pour lesquels elles ont l'expertise et les ressources, par exemple l'épidémiologie à l'Université McGill, l'administration de la santé à l'Université de Montréal et la nutrition à l'Université de Sherbrooke.

RECOMMANDATIONS

(QUE les programmes de spécialisation en santé communau-
(taire des universités Laval, McGill, de Montréal et de
(Sherbrooke soient approuvés pour la formation complète.

(QUE le Comité conjoint des programmes du Conseil des uni-
(versités et les organismes d'agrément procèdent à une
(évaluation simultanée des quatre programmes en 1985 pour
(identifier le programme qui assumera la formation com-
(plète et identifier dans chacun des autres programmes
(le ou les champs d'expertise afin de réaliser un réseau
(provincial intégré de formation en santé communautaire.

UROLOGIE

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 34

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 21.4

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 124

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 56%

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 3/4 ans

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	oui	oui	oui	oui
Les responsabilités du résident, selon son niveau sont définies	oui	peu	0	0
Les objectifs et la valeur de chaque stage sont précisés	oui	0	oui (contenu)	0
Des stages optionnels à choix de libre choix sont offerts	oui	?	oui	0
L'unité d'enseignement est l'hôpital ou il existe plus spécialistes pour l'enseignement clinique	oui	oui	non	oui
Le stage de médecine est jugé indispensable par certains et par conséquent des dispositions particulières sont prises pour les offrir	option	0 (R5)	0 (R5)	?
Une évaluation formelle écrite orale ou pratique de chaque résident a lieu à chaque stage	oui	?	oui	0
Une évaluation globale périodique de l'acquisition du programme est faite périodiquement	oui	réunion	0	informelle
Il y a un directeur de programme	oui	oui	?	oui
Nombre de postes offerts Nombre d'inscriptions réelles	6/3	15/4	13/5	/3
Nombre d'enseignants T.T., C.T.S., et T.P.S. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents M.D. Québec et a. provinces Nombre moyen par unité visitée	2.6/2.6	7.8/11	3/6.2	0.6/1.6
Nombre ont réussi le certification Nombre total en 5 ans	3/5	9/14	10/14	—

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en urologie n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. Il est difficile d'évaluer si l'achalandage moyen des trois programmes permet le renouvellement des effectifs professionnels car on n'observe pas de plateau dans la répartition des effectifs par tranche d'âge (Annexe VII, page 331). Toutefois, si on compare l'urologie (124 spécialistes) à une autre spécialité chirurgicale, soit l'orthopédie (237 spécialistes), on peut évaluer approximativement qu'un achalandage moyen d'environ 17 par année suffirait pour assurer le renouvellement des effectifs qui d'ailleurs sont un petit peu plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen du programme conjoint des universités McGill et de Sherbrooke est satisfaisant tandis que les achalandages moyens des programmes des universités Laval et de Montréal sont comparables lorsqu'on exclut les candidats diplômés en dehors du Canada qui vont diminuer en raison du contingentement.

4. Les échecs aux examens de certification sont élevés à Laval (3/5) et à McGill (9/14) et un peu moins élevé à Montréal (4/10); tous les candidats ayant échoué sauf un étaient diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 402).

5. Le programme conjoint McGill-Sherbrooke est actuellement le seul programme conjoint qui fonctionne réellement dans la province. Il

est dommage que les termes de l'association ne soient pas définis par écrit alors que les règles du jeu semblent bien établies.

RECOMMANDATIONS

(QUE l'approbation du programme associé d'urologie des
(universités McGill et de Sherbrooke soit maintenue pour
(la formation complète et que les termes de l'association
(soient définis selon les recommandations du présent rap-
(port relatives à l'organisation d'un programme associé.

(QUE l'approbation du programme d'urologie de l'Univer-
(sité de Montréal soit maintenue pour la formation com-
(plète.

(QUE l'approbation du programme d'urologie de l'Université
(Laval soit maintenue pour une formation partielle à con-
(dition que soit réalisée une association avec un autre
(programme pour la formation complémentaire.[1] Si l'asso-
(ciation n'est pas réalisée en octobre 1981, ce programme
(sera radié de la liste des programmes approuvés à compter
(du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme de la
(liste des programmes approuvés n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université Laval d'offrir un stage spécifique dans
(un secteur d'excellence pour les résidents d'urologie des
(autres programmes de la province.

(QUE les responsables des programmes d'urologie des quatre
(universités procèdent à l'évaluation de leur programme,
(révisent leurs critères d'admission, améliorent l'applica-
(tion du système d'évaluation continue et terminale des ré-
(sidents et définissent des critères de promotion.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 274.

MEDECINE FAMILIALE

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 224

Nombre moyen de résidents par an/5 ans 161.6

Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 146.4

Nombre de spécialistes en exercice en 1978 ?

Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?

Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans ?

Ce programme est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non

Ce programme est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non

Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0

Durée du programme 24 mois dont 12 mois à l'internat

	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE
Les objectifs du programme sont clairement définis	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident selon son niveau sont définies	0	0	peu	peu
Les objectifs et le contenu de chaque stage sont précisés	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et libres de choix sont offerts	oui	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique principale pour l'enseignement clinique	—	—	—	—
Le mode de contrôle est basé sur l'atteinte des compétences et des conditions habilitantes sont remplies pour l'affecter	0	(intérêt à)	0	? (prévue)
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, incluant un feedback est prévue	oui	?	oui	oui
Une évaluation globale structurée de l'application du programme est faite périodiquement	0	?	0(1)	oui
Il y a un directeur de stage	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes offerts Nombre d'hôpitaux offerts	42/3	72/7	60/4	50/8
Nombre d'enseignants [illegible] Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents Nombre moyen/an/5 ans	42.8/43	40.8/54	30.2/31.6	32.6/33
Suivie aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	—	—	—

(1) les objectifs ont été revisés, ce qui est différent de la question posée.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de médecine familiale n'est actuellement pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine alors qu'il devrait y avoir des relations étroites avec le programme pré-doctoral et plusieurs programmes post-doctoraux.

2. Les effectifs professionnels en médecine familiale ne sont pas connus puisqu'il n'y a pas de certificat de spécialisation; on ne peut donc évaluer l'achalandage nécessaire au maintien des effectifs.

3. Les quatre programmes exercent une attraction considérable sur les étudiants alors même que cette année supplémentaire de formation ne leur confère aucun avantage pécuniaire dans leur pratique professionnelle ultérieure.

RECOMMANDATIONS

Attendu qu'il n'a pas été rendu de décision sur la création ou non d'une spécialité en médecine familiale;

(QUE l'approbation des programmes de médecine familiale
(soit maintenue dans les quatre universités pour la
(formation complète.

Le Tableau XXIV, page suivante, fait la synthèse des recommandations du comité sur l'approbation des programmes pour la formation complète ou pour une formation partielle et sur leur radiation. La radiation d'un programme pose le problème du devenir des résidents présents dans le programme au moment de sa radiation. Le nombre de résidents concernés sera petit puisque les programmes radiés ou risquant d'être radiés, s'ils ne s'associent pas, sont très peu ou pas achalandés. Pour ces résidents, le comité propose les mesures corollaires à la radiation d'un programme définies dans l'encadré de la page 274.

TABLEAU XXIV Synthèse des recommandations du comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale (septembre 1980).

PROGRAMMES	LAVAL	McGILL	MONTREAL	SHERBROOKE	TOTAL
Allergie	-	FC	-	-	1
Anatomo-pathologie	FC	FC	FC	(FP)—	3
Anesthésie-réanimation	FC	FC	FC	(FP)—	3
Biochimie médicale	-	-	-	FC	1
Cardiologie et hémodynamie	FC	FC	FC	(FP)—	3
Chirurgie C.V.T.	-	FC	FC	-	2
Chirurgie générale	FC	FC	FC	FC	4
Chirurgie orthopédique	FC	FC	FC	(FP)—	3
Chirurgie plastique	-	FC	FC	-	2
Dermatologie	FC	FC	FC	-	3
Endocrinologie	(FP)—	FC	FC	-	2
Gastro-entérologie	-	FC	FC	(FP)—	3
Hématologie	(FP)—	FC	(FC)———	(FC)	2
Médecine familiale	FC	FC	FC	FC	4
Médecine interne	FC	FC	FC	FC	4
Médecine nucléaire	-	-	(FP)—	FC	1
Microbiologie médicale	-	-	FC	-	1
Néphrologie	(FP)—	FC	FC	(FP)—	2
Neurochirurgie	-	FC	-	-	1
Neurologie et EEG.	-	FC	[FC]	(FP)—	2
Obstétrique et gynécologie	FC	FC	FC	FC	4
Ophtalmologie	FC	FC	FC	FC	4
Oto-rhino-laryngologie	FC	(FP)—	FC	FC	3
Pédiatrie	(FC)—	FC	FC	(FC)—	4
Psychiatrie	(FC)———		(FC)	-	1
Pneumologie	FC	FC	FC	-	3
Psychiatrie	FC	FC	FC	FC	4
Radiologie diagnostique	(FC)—	FC	FC	(FC)—	4
Radiothérapie	-	-	-	-	0
Rhumatologie	-	FC	(FC)———	(FC)	2
Santé communautaire	FC	FC	FC	FC	4
Urologie	(FP)—	(FC)———	FC	(FC)	3
	21	27	28	23	81

FC = programme approuvé pour la formation complète (76).

[FC] = programme approuvé pour la formation complète conditionnellement à l'amélioration de la qualité (1).

(FC)—(FC) = programmes associés approuvés pour la formation complète (4).

(FP)— = programme approuvé pour une formation partielle à condition qu'il s'associe pour la formation complémentaire (13).

MESURES COROLLAIRES A LA RADIATION D'UN PROGRAMME

Dans le cas de la radiation d'un programme, les résidents en cours de formation:

1. seront prévenus de la fermeture du programme au mois de septembre précédant la radiation qui sera effective au mois de juillet de l'année suivante;

2. ne pourront poursuivre leurs études dans ce programme;

3. auront priorité sur tout nouveau candidat dans l'attribution d'un poste de résident dans le programme de leur choix pour finir leurs études.

Dans le cas des résidents en radiothérapie, et dans ce cas seulement, les résidents pourront finir leur formation dans le programme où ils sont inscrits, s'ils le désirent, en raison de la radiation de la totalité des programmes de la province.

ANNEXE I

Aperçu historique sur le système d'accréditation dans le domaine de l'enseignement médical post-gradué[1]

(1) Rapport du sous-comité d'expertise au comité des programmes sur les programmes d'internat et de résidence (12 octobre 1971).

APERCU HISTORIQUE SUR LE SYSTEME D'ACCREDITATION DANS LE DOMAINE DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL POST-GRADUE

Les premiers efforts véritables de définition, d'organisation et d'établissement des standards de l'enseignement médical post-gradué au Canada datent de la création du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, en 1939. En établissant des critères stricts d'admission au titre de membre, en subordonnant cette admission au succès à des examens écrits et oraux, en procédant à la reconnaissance du milieu d'enseignement, le Collège a joué un rôle majeur dans l'établissement et l'élévation des standards de l'éducation médicale, et plus particulièrement de l'enseignement spécialisé.

En 1951, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec annonçait son intention d'oeuvrer également en ce domaine. Une législation provinciale fut adoptée, et diverses spécialités reconnues. En 1962, avec la mise en oeuvre de l'assurance-hospitalisation, le gouvernement entrait en scène à son tour, et pour la première fois. Depuis lors, il eut à négocier à plusieurs reprises avec les hôpitaux, et avec les internes et les résidents. Le Collège participa toujours à ces négociations, mais ne fut point signataire des accords. Au cours des négociations de 1967, il devient clair que la difficulté des problèmes à résoudre s'accroissait. On s'entendit alors pour soumettre ceux-ci à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, qui se penchait depuis un an sur les questions de santé et de bien-être. En juillet 1967, la Commission publiait sur le sujet son avis et ses recommandations.

De son côté, le Collège entreprenait une révision

substantielle de ses politiques, et il en publiait le nouvel énoncé dans son bulletin. Cette révision l'amenait à la formation d'un Comité d'éducation médicale du Québec, auquel participaient activement les ministères de l'Education et de la Santé, le Collège, l'Association des hôpitaux, les universités et les internes et résidents.

Vers la fin de 1968 et le début de 1969, il apparaissait au Collège que l'on atteindrait à une organisation plus efficace de l'enseignement médical post-gradué, à un mode plus rigoureux de l'établissement de ces standards et à un meilleur contrôle de cet enseignement, en en confiant la responsabilité aux universités. La croissance sans précédent des coûts et de la complexité d'un tel enseignement amenèrent le Collège à prendre une rapide décision en ce sens. On espérait avant tout que celle-ci favoriserait la continuité de l'éducation médicale, et constituerait un encouragement à l'élévation de ces standards. Ainsi le Collège continuait-il à affirmer son intérêt quant aux besoins de l'éducation médicale.

A la fin de 1969, les quatre universités du Québec acceptaient cette responsabilité, et commençaient à mettre en place les structures nécessaires à la mise en oeuvre d'un tel enseignement.

Au printemps 1970, le Conseil des universités approuvait pour un an les programmes proposés, en attendant la mise en oeuvre d'un processus d'accréditation plus définitif. En 1969-1970, le Collège des médecins et chirurgiens, avec la collaboration du Collège Royal, entreprenait un examen complet de chaque programme, par l'intermédiaire d'un comité conjoint d'accréditation qui effectuait peu après une visite des facultés de Sherbrooke et de Montréal. Puisque

des visites semblables avaient été effectuées par le Collège Royal à McGill et à Laval, le Collège des médecins et chirurgiens du Québec procédait seul à l'évaluation des programmes de ces deux universités.

Pour préparer ces visites, chaque université mettait au point, selon un canevas unique, la description détaillée des programmes d'internat et de résidence dans chaque hôpital affilié. Les comités d'accréditation analysaient ces documents, rencontraient le corps professoral, de même que les internes et les résidents, et visitaient les locaux et espaces d'enseignement. Les résultats de ces visites, et les approbations de programmes particuliers, accompagnées des recommandations quant au nombre maximum de postes par programme, sont contenus dans un document approuvé par le Collège le 16 octobre 1970.

ANNEXE II

Rappel historique des interventions du Comité conjoint des programmes[1]

---

(1) Avis au ministre de l'Education concernant les programmes d'étude, y compris les programmes de spécialité (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978).

RAPPEL HISTORIQUE DES INTERVENTIONS DU COMITE CONJOINT DES PROGRAMMES

1- Dès le début de ses travaux, en mai 1970, le Comité des programmes était appelé à se pencher, pour approbation, sur les programmes d'internat et de résidence, dont les quatre facultés de médecine venaient de se voir confier la responsabilité.

2- Saisi en mai et en juin 1970 de programmes qui devaient entrer en vigueur le 1er juillet suivant, et conscient de l'opportunité du transfert de responsabilité qui s'opérait alors, le Comité des programmes approuvait ces nouveaux programmes pour une durée d'une année, le 12 juin 1970.

3- Il décidait en même temps de se livrer à une analyse plus approfondie de l'enseignement médical spécialisé. Après l'analyse des recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et consultation des doyens des facultés de médecine, il nommait un sous-comité d'expertise des programmes de spécialisation, auquel il adjoignait trois groupes de travail chargés de l'étude de questions techniques dont l'importance lui apparaissait primordiale. En effet, une première analyse du problème de l'enseignement de spécialisation en médecine lui avait permis non seulement d'en mesurer l'ampleur et la complexité, mais aussi d'en déceler quelques aspects qui méritaient une étude particulière.

4- Sur la base des avis présentés par le Comité d'expertise et par les trois groupes de travail, le Comité des programmes élabora un rapport qui fut approuvé par le Conseil des universités, le 12 octobre

1971. Ce rapport traitait principalement des questions suivantes:

a) l'approbation et le financement des nouveaux programmes d'internat et de résidence en médecine;

b) les responsabilités respectives des divers organismes impliqués en ce domaine;

c) le statut des enseignants cliniciens;

d) le statut des résidents;

e) les projets qui devaient être réétudiés ultérieurement.

5- Le Conseil formulait par la suite des recommandations sur l'organisation et le financement de l'enseignement clinique en médecine: un avis en date du 23 octobre 1973 porte sur le projet de contrat type d'affiliation entre les universités et les hôpitaux universitaires; la neuvième recommandation de l'avis du 11 février 1974 traite du financement, et un avis du 8 juillet 1974 recommande l'acceptation de la formule de financement proposée par la DGES sous réserve de conditions bien précises.

6- L'une de ces conditions stipulait "qu'une évaluation du programme et une vérification de sa mise en place soient menées par le Comité des programmes, au cours de l'année 1974-1975".

7- Le mandat du Comité conjoint des programmes relatif à l'évaluation était confirmé dans une lettre du directeur général de la DGES aux universités, datée du 3 janvier 1975, et faisant suite à des discussions et à une entente entre les parties concernées. Ce mandat était formulé de la façon suivante:

"Quant à l'évaluation de la qualité des programmes, elle relève du Comité conjoint des programmes. Le Conseil des universités a déjà accepté le principe de cette évaluation dans son avis au ministre de l'Education sur le financement du programme "internes et résidents", avis daté du 8 juillet 1974. Il faut noter, par ailleurs, que déjà une telle évaluation avait été prévue lorsque le Conseil avait émis un avis le 12 octobre 1971, sur l'organisation des programmes d'internat et de résidence."

8- En janvier 1975, le Comité des programmes proposait à la Corporation professionnelle des médecins du Québec des modalités de collaboration par lesquelles une seule évaluation serait faite à l'occasion des visites d'agrément de la Corporation, effectuées conjointement avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Les doyens des facultés de médecine, la Corporation et le Collège royal acceptèrent la présence d'un observateur du Comité des programmes aux visites dans les universités, la transmission au Comité des programmes des documents préalables à l'agrément, et la transmission par les doyens des rapports d'évaluation.

ANNEXE III

Rapport du Conseil des universités sur les programmes d'internat et de résidence: considérations et recommandations (12 octobre 1971)

CONSIDERATIONS ET RECOMMANDATIONS

1° Sur les programmes de spécialisation proprement dits

1.1 Considérant

1° que la prise en charge de l'enseignement de spécialisation en médecine par les facultés a entrainé la restructuration et la refonte des programmes;

2° qu'elle a amené en particulier la création de nouveaux cours, et la restructuration de l'encadrement clinique, par la multiplication des coordonnateurs d'enseignement, par exemple;

3° que cette réforme a bénéficié d'une large collaboration des milieux professionnels intéressés, et

4° qu'elle répond généralement aux exigences d'un entrainement de spécialisation à la pratique de la médecine contemporaine;

5° que, toutefois, elle n'aborde qu'avec beaucoup de timidité les enseignements qui permettraient aux futurs médecins de répondre plus adéquatement aux besoins de la société, et de satisfaire en particulier aux exigences d'une médecine ouverte, globale, communautaire.

1.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que soient approuvés les programmes de spécialisation en médecine qui lui ont été présentés par les facultés de médecine des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke;

2° que l'évaluation de ces programmes soit reprise éventuellement avant la date d'expiration de la présente approbation (30 juin 1976), au terme du plan sectoriel de développement des sciences de la santé;

3° que toutes les facultés soumettent (ou resoumettent) au Comité des programmes, avant le 1er novembre 1971, pour mise en oeuvre le 1er juillet 1972, la structure et le contenu plus définitifs des programmes de spécialisation en médecine de famille;

4° qu'elles soumettent à la même date des éléments de programme destinés à assurer ou à parfaire la formation des résidents en médecine sociale;

5° que, en attendant le résultat du plan sectoriel de développement des sciences de la santé, les universités amorcent, en collaboration avec le Comité des programmes, la coordination de l'enseignement dans des secteurs où elle apparaît la plus urgente (médecine nucléaire, neurochirurgie... par exemple).

2° Sur les subventions aux universités pour le fonctionnement de ces programmes

2.1 Considérant

1° l'absence de données précises sur les ressources nécessaires au développement de cet enseignement, sous la responsabilité des facultés de médecine;

2° la faiblesse relative de la participation directe de l'Etat québécois, jusqu'à tout récemment, en matière de formation des spécialistes en médecine dont a besoin la société québécoise;

3° que le gouvernement devra pourtant assurer dorénavant la plus grande part du coût de cet enseignement, à la place des institutions hospitalières et des corps professionnels;

4° que les internes et résidents, comme étudiants, doivent défrayer une partie du coût de leur formation.

2.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que soit renouvelée en 1971/72 la subvention accordée l'an dernier par le Ministère de l'éducation du Québec et le Ministère des affaires sociales, au titre de la formation des internes et résidents;

2° que cette subvention soit accrue de 6%, pour absorber l'accroissement annuel des coûts;

3° que les internes et résidents paient en 1971/72 des frais de scolarité équivalent à la moitié de ceux que paient les étudiants réguliers inscrits à temps complet aux programmes conduisant au titre de M.D.;

4° que soit attribuée à toutes les facultés, en 1971/72, pour préparation d'un projet de développement de l'enseignement de la médecine sociale et de la médecine préventive, une somme équivalent au traitement d'un professeur plein temps, à titre de subvention de fonctionnement, et une subvention d'investissement de l'ordre de $10,000;

5° que soient éventuellement attribuées des subventions complémentaires, sur présentation de document adéquats, pour la mise en oeuvre des plans de coordination par discipline proposés par les doyens des quatre facultés;

6° que soit assurée aux facultés de médecine, en 1972/73, après présentation de budgets-programme appropriés, des subventions couvrant le coût effectif du programme approuvé, outre une subvention d'un montant indéterminé dans les secteurs dont le Ministère des affaires sociales jugerait le développement prioritaire.

3° Sur les responsabilités respectives des divers organismes intéressés à cet enseignement

3.1 Considérant

1° les responsabilités juridiques respectives du Ministère des affaires sociales et du Ministère de l'Education en ce domaine, de même que celles attribuées actuellement au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec;

2° que les universités se sont vu confier par les organismes précédents la responsabilité directe de l'enseignement de spécialisation en médecine;

3° que, malgré les textes établissant juridiquement ces responsabilités, la situation concrète de l'enseignement de la médecine à ce niveau reste confuse, et que les étudiants résidents semblent laissés pour compte;

4° que le Comité des programmes évalue les programmes en s'appuyant sur des expertises effectuées par des scientifiques reconnus et dont les universités approuvent le choix.

3.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que l'enseignement spécialisé en médecine soit la responsabilité des universités du Québec, par l'intermédiaire de leurs facultés de médecine;

2° a) que le Ministère des affaires sociales ait la responsabilité de l'évaluation des besoins de la société, par spécialité;

b) que le Comité des programmes ait la responsabilité de l'approbation et de l'évaluation des programmes de spécialisation en médecine soumis par les universités, comme il a la responsabilité de l'évaluation et de l'approbation de tous les programmes des universités du Québec;

c) que le Comité des programmes, sous l'autorité du Ministère de l'éducation et du Conseil des universités, assure la coordination interuniversitaire de l'enseignement;

d) que le Comité des programmes tienne compte des résultats du travail du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et du Collège royal concernant leur oeuvre conjointe d'évaluation des structures d'accueil offertes par les hôpitaux d'enseignement;

e) que le Comité des programmes établisse une entente avec le Collège des médecins pour que les comités d'évaluation de ces derniers s'adjoignent des observateurs représentant les parties intéressées;

f) qu'au niveau de l'exécution, les universités aient pleine autorité pour coordonner la mise en oeuvre des programmes, et plus particulièrement des activités respectives d'enseignement et de recherche des divers types d'hôpitaux dans lesquels cet enseignement est dispensé.

4° Sur les structures d'accueil

4.1 Considérant

1° la diversité actuelle des structures d'accueil hospitalières, et leurs importantes disparités qualitatives;

2° la situation de transition dans laquelle se trouvent actuellement les institutions hospitalières du Québec, alors que se restructure l'ensemble de notre système de santé;

3° l'intégration de plus en plus poussée, à tous les niveaux, de l'enseignement professionnel à l'ensemble de l'enseignement universitaire, dont il bénéficie des facilités;

4° l'intégration de plus en plus poussée, également, de l'enseignement médical et de l'enseignement para-médical, dans le cadre de centres hospitaliers universitaires rattachés physiquement ou non, à la faculté de médecine;

5° la nécessité d'une période de transition entre le système actuel de dispersion des hôpitaux d'enseignement et un système futur de plus grande concentration;

6° le fait que pour la première fois le Collège royal et le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ont effectué conjointement une évaluation de ces structures d'accueil, à des fins d'accréditation;

7° que le Comité des programmes n'a pas jugé bon de reprendre cette évaluation, et en a accepté les résultats.

4.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que, pour pourvoir à l'enseignement médical en général, et à l'enseignement médical spécialisé plus particulièrement, soit plus activement poursuivie la concentration de l'enseignement dans les institutions hospitalières se consacrant prioritairement à l'enseignement et pouvant offrir un enseignement intégré de tous niveaux, et des facilités physiques importantes dans le domaine des bibliothèques, des laboratoires d'enseignement et de recherche, de même que des ressources suffisantes sur le plan humain, tant en ce qui concerne le corps enseignant que la clientèle des patients;

2° que, en attendant l'adoption d'un plan sectoriel de développement dans le domaine des sciences de la santé, les universités présentent au Comité des programmes, avant le 1er octobre 1972, un rapport d'évolution sur l'intégration et la coordination par la faculté de médecine des ressources hospitalières requises pour l'enseignement des sciences cliniques.

5° Sur les professeurs d'enseignement clinique

5.1 Considérant

1° que l'on distingue généralement l'enseignement des sciences fondamentales, dispensé surtout à la faculté, de l'enseignement des sciences cliniques, dispensé pour la plus grande part dans les hôpitaux;

2° que le professeur de sciences cliniques doit en principe mener de pair deux types d'activités: activités d'enseignement et de recherche d'une part, et activités professionnelles, c'est-à-dire services aux malades, d'autre part;

3° que, depuis une vingtaine d'années, il est apparu que les enseignants cliniciens rémunérés à l'acte ne peuvent répondre adéquatement aux exigences croissantes de l'enseignement, tant sur le plan académique que sur les plans scientifique et administratif;

4° que, au Québec, deux catégories d'enseignants cliniciens sont maintenant reconnues: le "plein temps géographique", et l'enseignant à temps partiel.

5.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que les facultés de médecine continuent à utiliser pour l'enseignement des sciences cliniques des enseignants à temps plein avec deux types d'activités (enseignement et recherche - et activités professionnelles) communément appelés "plein temps géographique", et des enseignants à temps partiel;

2° a) que l'engagement et la définition des tâches académiques et professionnelles des enseignants de ces différentes catégories relèvent des autorités universitaires et soient l'objet d'ententes précises entre les parties intéressées;

b) que les professeurs plein temps géographique cliniciens exercent la totalité de leurs activités dans le cadre universitaire, qu'il soit l'hôpital d'enseignement ou tout autre lieu d'enseignement et de recherche défini par l'université;

3° que la faculté de médecine et l'hôpital d'enseignement assument la responsabilité de fournir aux professeurs de sciences cliniques les moyens nécessaires pour réaliser les tâches décrites dans l'entente intervenue entre eux (voir 2° a);

4° que l'université accorde aux médecins enseignants à plein temps géographique une rémunération de base et les avantages sociaux correspondant aux politiques en vigueur dans les universités;

5° que le professeur clinicien à temps partiel, puisqu'il s'adonne à des activités rattachées aux programmes réguliers d'enseignement et de recherche, soit rémunéré pour ses activités académiques en conformité avec les normes en vigueur dans les différentes facultés universitaires, selon des conditions définies contractuellement;

6° que les facultés de médecine exercent un contrôle plus strict de l'enseignement clinique:

a) que ce contrôle soit surtout un contrôle direct exercé, selon les structures de l'université, par l'intermédiaire: d'un vice-doyen de la faculté à l'enseignement clinique, d'un directeur de l'enseignement médical dans chaque hôpital, d'un directeur du département facultaire, d'un chef du département hospitalier...

b) que l'évaluation de l'enseignement des sciences cliniques s'insère dans des cadres officiels parfaitement connus des professeurs et des étudiants, et associe les uns et les autres au sein du Comité ad hoc comprenant aussi des administrateurs;

c) que l'attribution des tâches et leur contrôle soient la responsabilité du doyen, comme dans le cas de ses collègues des autres facultés;

d) que la faculté assume la responsabilité de l'accréditation des résidents à des postes hospitaliers (Le Comité des programmes suggère que les résidents soient représentés au sein de l'organe d'accréditation);

7° que le Ministère de l'éducation, le Ministère des affaires sociales et les facultés concernées accélèrent leurs efforts en vue d'une évaluation plus rigoureuse des besoins de l'enseignement de spécialisation, afin que le gouvernement y consacre de justes subventions.

6° Sur le statut des internes et des résidents

6.1 Considérant

1° la décision prise il y a deux ans de confier aux facultés de médecine du Québec la responsabilité de la formation médicale post-M.D.;

2° que les facultés de médecine du Québec et leur université respective ont accepté de prendre en charge cette formation;

3° que les facultés de médecine ont soumis des procédures d'accueil et des programmes universitaires de formation médicale post-M.D. qui ont été adoptés par le Collège des médecins et des chirurgiens de la province de Québec le 16 octobre 1970, et le Conseil des universités au mois de juin 1970;

4° que les facultés de médecine ont proposé des milieux hospitaliers de formation médicale post-M.D. qui, après enquête tant par le CMCPQ que par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ont été agréés récemment;

5° que toutes les facultés de médecine du Québec assument maintenant la responsabilité de la formation médicale post-M.D.

6.2 Le Comité des programmes recommande:

1° de définir le statut universitaire des internes et des résidents comme étant celui:

a) d'étudiants réguliers (i.e. des étudiants inscrits à un programme conduisant à un diplôme universitaire), inscrits à la totalité d'un programme établi par une faculté,

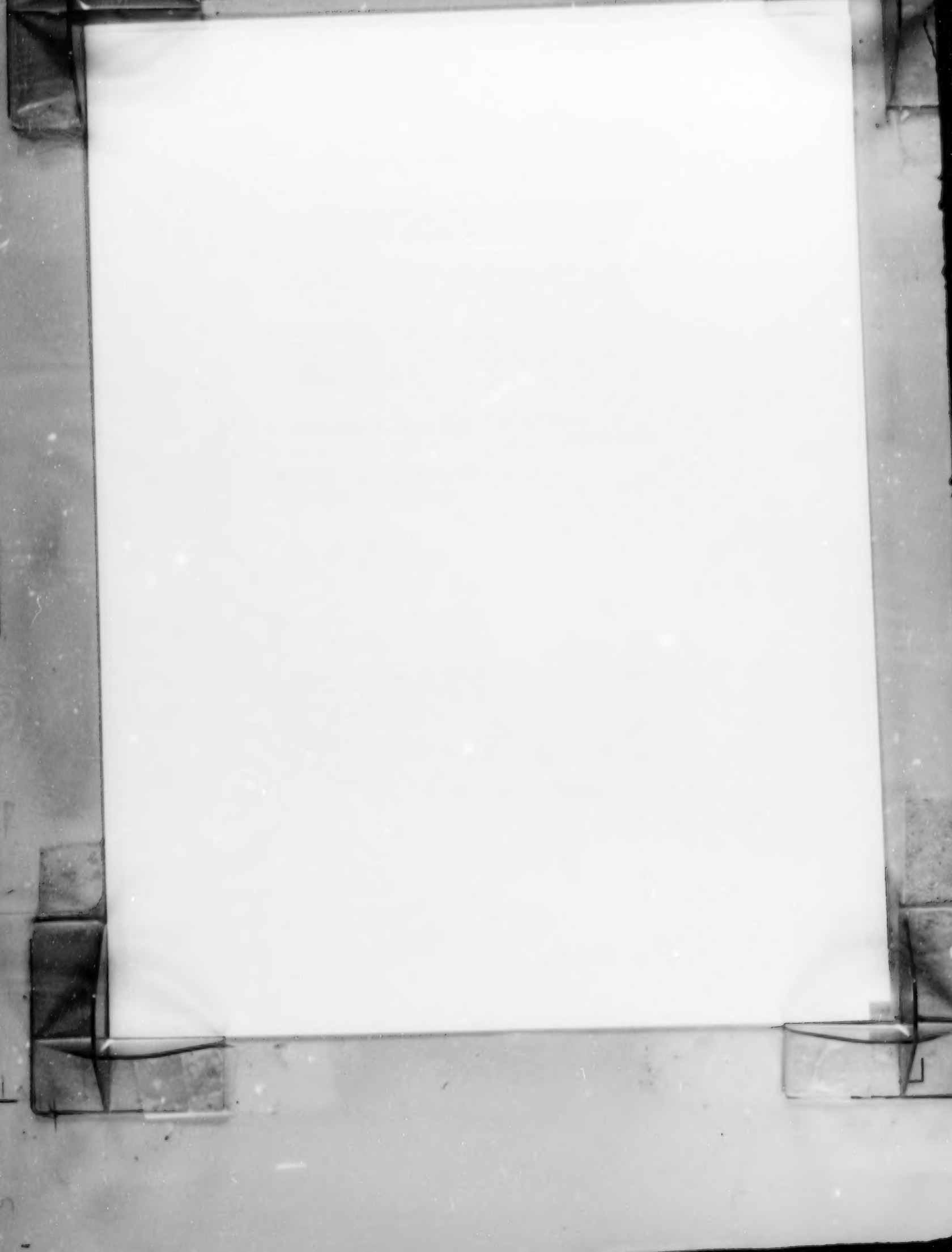
b) sous le régime particulier de l'internat et de la résidence (i.e. dans un programme de formation post-M.D. agréé par le C.M.C.P.Q.); *

2° que les internes et résidents paient, selon des modalités à déterminer et à mesure de l'entrée en vigueur de programmes bien structurés, des frais de scolarité arbitrairement évalués à la moitié de ceux que paierait un étudiant régulier à temps complet inscrit aux études menant à l'obtention du M.D.;

3° que la faculté de médecine décerne une attestation au terme de l'internat;

4° que l'université décerne un diplôme universitaire au terme de la résidence.

* Cette formation ne peut se poursuivre sans que les internes et les résidents ne rendent des services professionnels au sein d'une équipe médicale dans le contexte d'un hôpital d'enseignement agréé par le CMCPQ (Article 10.01 de l'entente intervenue le 18 mars 1970 entre le Ministère de la santé, l'AIIPQ et les représentants syndicaux des résidents et internes du Québec); "tous les services professionnels rendus par les internes et les résidents doivent l'être dans le cadre de leur formation post-doctorale" (réunion convoquée par monsieur Roch Boivin, le 20 février 1970, des représentants du CMCPQ et des facultés de médecine du Québec).



ANNEXE IV

Avis au ministre de l'Education concernant les programmes d'études, y compris les programmes de spécialités (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978)

AVIS AU MINISTRE DE L'EDUCATION, 19 janvier 1978

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

A la suite des rapports d'évaluation de la Corporation professionnelle des médecins et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et en concordance avec ses avis antérieurs sur le même sujet, le Conseil des universités RECOMMANDE,

concernant l'approbation des programmes:

a) *QUE tout nouveau programme, y compris les programmes de spécialisation dans le domaine des Sciences de la santé soit soumis à l'approbation du Conseil avant son implantation comme le sont tous les nouveaux programmes;*

b) *QUE chacun des programmes inscrits dans la liste des programmes de spécialités produite à l'annexe V et sous réserve de l'état mentionné à la recommandation 2 soit approuvé;*

c) *QUE les universités soumettent au Conseil des universités un dossier d'opportunité pour les programmes suivants, d'ici le 1er septembre 1978:*

Université de Sherbrooke:	*Biochimie médicale*
	Médecine familiale
	Obstétrique-gynécologie
	Oto-Rhino- **Laryngologie**
Université McGill:	*Santé communautaire*
	Rhumatologie
Université Laval:	*Santé communautaire*
Université de Montréal:	*Santé communautaire*

concernant la responsabilité de l'université, le Conseil des universités RECOMMANDE:

a) *QUE les universités, en tenant compte des rapports d'évaluation de la Corporation professionnelle des médecins et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et une avis antérieure du Conseil des universités, exercent un contrôle plus strict sur les enseignements en médecine, notamment en ce qui a trait:*

- *à l'approbation et à l'évaluation des programmes;*
- *à la description officielle de ces programmes;*
- *à l'attribution d'un diplôme à la fin des études;*
- *aux problèmes de définition de tâches et de rémunération des enseignants;*

b) *QUE les programmes post M.D de spécialités en médecine soient considérés comme des programmes professionnels de 2e ou 3e cycle et soient soumis de façon complète aux règlements et procédures relatifs aux programmes post grade dans chaque université;*

concernant la coordination des programmes, le Conseil des universités RECOMMANDE:

- *QU'une étude de rationalisation des programmes de spécialités en médecine soit entreprise sans délai, sous l'autorité du Conseil.*

Programmes des spécialités en médecine approuvés par le Conseil des universités, le 19 janvier 1978.

PROGRAMMES	LAVAL	MONTREAL	SHERBROOKE	MCGILL
Internat rotatoire et multidisciplinaire	X	X	X	X
Allergie	-	X	-	X
Anatomo-pathologie	X	X	X	X
Anesthésie-réanimation	X	X	X	X
Biochimie médicale	X	-	-	X
Cardiologie et hémodynamique	X	X	X	X
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	-	X	-	X
Chirurgie générale	X	X	X	X
Chirurgie orthopédique	X	X	X	X
Chirurgie plastique	-	X	-	X
Dermatologie	X	X	-	X
Endocrinologie	X	X	X	X
Gastro-entérologie	-	X	X	X
Hématologie	X	X	X	X
Médecine interne	X	X	X	X
Médecine nucléaire	-	X	X	X
Microbiologie médicale	X	X	X	X
Néphrologie	X	X	X	X

Programmes des spécialités en médecine approuvés par le Conseil des universités, le 19 janvier 1978. (suite)

PROGRAMMES	LAVAL	MONTREAL	SHERBROOKE	MCGILL
Neurochirurgie	X	X	X	X
Neurologie et électro-encéphalographie	X	X	X	X
Obstétrique et gynécologie	X	X	-	X
Ophtalmologie	X	X	X	X
Oto-rhino-laringologie	X	X	-	X
Pédiatrie	X	X	X	X
Physiatrie	X	X	X	-
Pneumologie	X	X	X	X
Psychiatrie	X	X	X	X
Radiologie diagnostique	X	X	X	X
Radiothérapie	X	X	X	X
Rhumatologie	-	X	X	-
Urologie	X	X	-	X
Médecine familiale	X	X	-	X
TOTAL +	26	31	23	30

Sur un total possible de 32 incluant l'internat rotatoire et multidisciplinaire et 31 programmes de spécialitées.

ANNEXE V

Opération Sciences de la Santé (O.S.S.): recommandations relatives à l'internat et la résidence[1] et Avis au ministre de l'Education[2]

---

(1) O.S.S. rapport final, avril 1976, partie II, chapitre 6.6 l'internat et la résidence pp. 339-375.

(2) Avis au ministre de l'Education sur le rapport final de l'Opération Sciences de la Santé. 22 avril 1977.

6.6.4 Recommandations

Relativement aux programmes de résidence, il est recommandé:

6.6.4.1 que les universités complètent la transformation des programmes de résidence en programmes universitaires bien structurés comprenant une inscription, des objectifs définis, des ressources adéquates, une évaluation sérieuse des étudiants et du programme, et enfin un diplôme universitaire spécifique reconnu par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Les universités, ayant la responsabilité des programmes de résidence, devraient avoir l'autorité nécessaire et les moyens de contrôles requis pour s'assurer que la dimension "formation de niveau universitaire" demeure entièrement respectée devant la dimension "services de santé". A cette fin, il est recommandé:

6.6.4.2 que les universités agréent les postes d'internes et de résidents dans les établissements de santé et prévoient les modalités et mécanismes pédagogiques et professionnels dans le cadre des contrats d'affiliation.

6.6.4.3 que les universités et la Corporation professionnelle des médecins du Québec élaborent un examen commun terminal pour chacun des programmes de formation et que celui-ci soit valable autant pour l'obtention du diplôme que pour le certificat de spécialiste et le certificat de médecine de famille.

En vue d'assurer la qualité de la formation des médecins spécialistes, il est recommandé:

6.6.4.4 que la formation des futurs médecins spécialistes soit concentrée dans les unités d'enseignement clinique, ou dans d'autres milieux de formation rencontrant les mêmes objectifs d'enseignement, où il existe une masse critique qui garantira la qualité des milieux de formation.

6.6.4.5 que les universités facilitent l'implantation de programmes inter-universitaires conjoints et intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle pour offrir aux résidents le choix des meilleurs centres de formation.

Eu égard aux négociations collectives entre les syndicats de résidents et le ministère des Affaires sociales, le Comité directeur de l'OSS attire l'attention du ministère des Affaires sociales sur les implications pédagogiques de ces négociations, et en conséquence, il recommande:

6.6.4.6 que le ministère de l'Education et les universités soient consultés par le ministère des Affaires sociales lors de ces négociations et avant que ne soit ratifiée toute entente entre le gouvernement et les syndicats de résidents.

Afin de mieux évaluer les besoins en médecins spécialistes et d'assurer une meilleure répartition des internes et des résidents, il est recommandé:

6.6.4.7 que les ministère des Affaires sociales réexamine périodiquement les besoins du Québec en termes de médecins spécialistes et en informe d'abord le ministère de l'Education et le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités;

6.6.4.8 que la répartition des internes soit confiée aux facultés de médecine tout comme la répartition des résidents.

Relativement à la médecine de famille et à l'année dite de l'Internat, il est recommandé:

6.6.4.9 que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités étudie en priorité la possibilité d'implanter un programme par objectifs conduisant à un permis d'exercice en médecine de famille;

6.6.4.10 que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités ré-oriente l'année dite "d'Internat" pour l'intégrer soit au programme proposé en médecine de famille soit aux autres programmes de résidence.

Afin de prolonger la formation des médecins déjà en pratique, il est recommandé:

6.6.4.11 que les universités et leurs facultés de médecine augmentent le secteur de l'enseignement permanent en médecine (maintien de la compétence) pour développer une pédagogie et des programmes répondant aux besoins des médecins du Québec;

6.6.4.12 que la Corporation professionnelle des médecins du Québec établisse les besoins individuels et les schémas de programme de maintien de la compétence pour l'ensemble des médecins du Québec.

5.1 les programmes de résidence en médecine

Le Conseil souscrit entièrement aux vues de l'O.S.S. en ce qui concerne les programmes de formation spécialisée en médecine : « trop forte dispersion des ressources constituant un risque pour la qualité et représentant un coût prohibitif, excédents certains de production en regard des besoins réels ». Le problème, ajoute-t-il, risque de se poser bientôt en des termes identiques dans les spécialités de médecine dentaire.

Aussi, est-il d'accord avec les recommandations de l'O.S.S. quant à la nécessité de concentrer les activités de formation dans les unités d'enseignement clinique, et à l'implantation de programmes intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle (rec. 6.6.4.4 et 6.6.4.5 ; pp. 374 et 375). Cet impératif de concentration ne doit d'ailleurs point s'appliquer qu'aux sciences de la santé, mais toucher plus largement l'ensemble des secteurs d'activités universitaires.

L'effort de regroupement, pour être opérant, doit être fondé sur une évaluation plus précise des besoins en médecins spécialistes. L'identification de centres de gravité pour les activités de formation doit aussi s'appuyer sur des dispositions réglementaires plus claires touchant le cadre d'organisation des hôpitaux à vocation universitaire, ainsi que sur une distinction plus nette des activités de soins des niveaux dits « spécialisés » et « ultra spécialisés ».

Les provisions que contient déjà la Loi 48 et ses règlements à ce double égard exigent d'être complétées. D'autre part, les normes définies par le M.A.S. pour favoriser le regroupement graduel des services de soins spécialisés et ultra spécialisés peuvent d'ores et déjà apporter des indications utiles quant à la détermination des besoins de médecins spécialistes et aux modalités de regroupements des activités.

Par ailleurs, le M.A.S. poursuit déjà depuis plusieurs années des travaux visant à identifier les activités de recherche poursuivies dans le milieu hospitalier et est préoccupé par la question de leur mode d'encadrement et de leur niveau de qualité.

Croyant que se trouvent réunies les conditions propres à faciliter une action efficace du M.E.Q. et du M.A.S. dans ce dossier, dont les incidences sur le développement d'ensemble des sciences de la santé sont considérables, le Conseil recommande :

RECOMMANDATION 1

QUE le M.E.Q. et le M.A.S., en concertation avec les universités, poursuivent vigoureusement les efforts déjà amorcés dans le but de favoriser la plus grande concentration possible des activités d'enseignement et de recherche en milieu hospitalier, à partir d'une politique commune quant au développement des unités d'enseignement et de recherche clinique.

ANNEXE VI

Evaluation quantitative et qualitative de la formation hors Québec des résidents diplômés du Québec inscrits dans les programmes québécois

L'analyse a porté sur les candidats aux examens de certification de l'année 1979. Sur 480 candidats, 299 étai nt diplômés des facultés de médecine québécoises.

85/480 soit 17.7% des candidats ont acquis une partie de leur formation en dehors du Québec mais quatre d'entre eux avaient une formation antérieure hors Québec complète avant d'être immigrants et 13 étaient diplômés des autres provinces canadiennes.

En conséquence, l'analyse n'a porté que sur 68/299 soit 22.7% des candidats diplômés des facultés de médecine québécoises.

	No. de résidents sortis du Québec pour leur format	Equivalent en nombre d'années/résident	Niveau d'étude pendant leur formation en dehors du Québec (en année-résident)		
			R1 R2	R3 R4	R5 R6 ...
Allergie	-				
Anatomo-pathologie	1	11.5	2	2	7.5
Anesthésie-réanimation	2	3.5	2	1.5	
Biochimie médicale	2	1		1	R 11 PR 20.5
Cardiologie	3	5		2	3
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	-				
Chirurgie générale	6	7.5	3.5	2	2
Chirurgie orthopédique	1	1			1
Chirurgie plastique	-				
Dermatologie	3	3	2	1	
Endocrinologie	4	8	2	5	1
Gastro-entérologie	4	7	1	6	
Génétique	-				
Médecine familiale	-				
Médecine interne	13	20.5	15	5.5	
Médecine nucléaire	-				

Interne
Clin. partiel

IDENTIFICATION DES STAGES POUR LESQUELS LES RESIDENTS EN FORMATION AU QUEBEC SONT ALLES A L'EXTERIEUR. L'analyse porte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.C. de 1979.

	Nb. de résidents sortis du Québec pour leur format.	Equivalent en nombre d'années/ résident	Niveau d'étude pendant leur formation au Québec (en années résident).		
			R1 R2	R3 R4	R5 R6 ....
Microbiologie médicale	-				
Néphrologie	-				
Neurochirurgie	-				
Neurologie et électro-encéphalographie	3	6	1	4	1
Obstétrique & gynécologie	-				
Ophtalmologie	-				
Oto-rhino-laringologie	-				
Pédiatrie	4	8	5		
Physiatrie	1	1		1	
Pneumologie	3	7		4	3
Psychiatrie	4	7	3	4	
Radiologie diagnostique	1	1	1		
Radiothérapie					
Rhumatologie	2	3		1	2
Santé communautaire	1	4		2	2 (R6-8-1)
Urologie	2	.5		.5	
TOTAL:	33	118.5	30.5	48.5	39.5

121

LANGLAIS
17e partie)

IDENTIFICATION DES VOEUX POUR LESQUELS LES RESIDENTS EN FORMATION AU QUEBEC SONT ALLES A L'EXTERIEUR. Il s'analyse parte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.C. de 1978.

SPECIALITES NON RECONNUES AU QUEBEC.	NB. de résidents sortis du Québec pour leur format.	Equivalent en années d'années résident	Niveau d'étude pendant leur formation en dehors du Québec (en années résident).		
			R1 R2	R3 R4	R5 R6 ....
Gériatrie	1	1		1	
Infectiologie	3	3	1	1	1
Oncologie	3	4		1	3
Pharmacologie clinique	1	3		1	2
TOTAL:	11[2][3]	131.5	36.5	52.5	39.5
			28%	40%	30%

(1) Pour chaque promotion de candidats aux examens de la Corporation des années à venir, l'importance de la formation hors du Québec va diminuer puisque des politiques restrictives d'immigration sont appliquées depuis 1976 aux USA.

(2) Nous obtenons un total de 11 auteurs qui sont sortis du Québec alors que l'étude a été faite à propos de 58 auteurs. La différence provient du fait que 5 candidats sont allés à l'étranger pour se former dans des disciplines différentes, le plus souvent il s'agit de médecine interne suivi d'une sous-spécialité.

(3) 6 candidats ont également fait leur année d'internat aux Etats-Unis. Cette donnée n'apparaît pas dans le tableau.

TABLEAU
(3e partie)

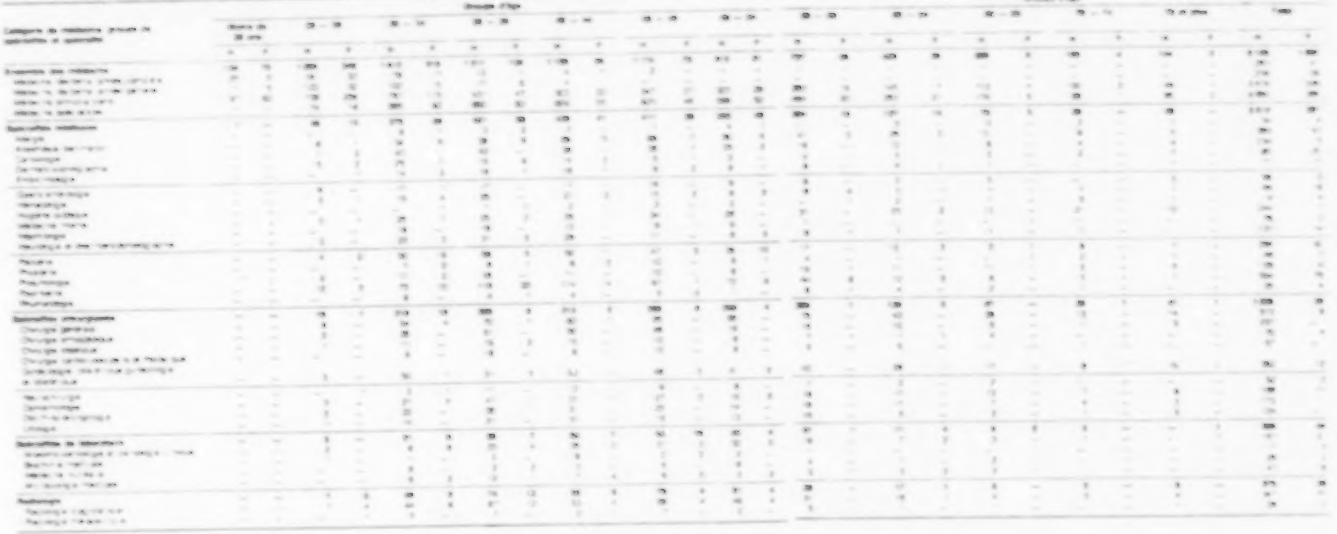
IDENTIFICATION DES STAGES POUR LESQUELS LES RESIDENTS EN FORMATION AU QUEBEC SONT ALLES A L'EXTERIEUR. (L'analyse porte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.C. de 1979)

ANNEXE VII

Evaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978

Tableau 18 [1]

Nombre de médecins selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité et sexe et l'âge pour l'ensemble des régies de l'assurance-maladie Québec 1978



(1) Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles. 1978.

REMARQUES A PROPOS DU TABLEAU CI-CONTRE

1. L'augmentation importante du nombre de médecins spécialistes exerçant dans la province de Québec a eu lieu pour le groupe de spécialistes ayant actuellement 45 à 49 ans. Elle s'est maintenue pendant environ 10 ans jusqu'au groupe ayant 35 à 39 ans. On observe une diminution des effectifs pour le groupe de 30 à 35 ans alors que l'immense majorité des spécialistes sont certifiés avant 30 ans.

2. Il est remarquable que l'on observe une diminution des effectifs sur ce tableau alors que les mesures visant à réduire le nombre des spécialistes n'ont pas encore eu le temps de se manifester:

   - première mesure: le nombre des diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays plafonné à 15% puis 10%;

   - deuxième mesure: le contingentement du nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents.

3. On observe une excellente corrélation entre les effectifs par spécialité rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les effectifs fournis par la Corporation professionnelle des médecins du Québec; on doit admettre alors que l'immense majorité des médecins font de la pratique même si pour un bon nombre d'entre eux ce n'est qu'à temps partiel.

Evaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978.

Sur les tableaux ci-après, on a tenté de cerner le nombre de résidents nécessaires au maintien des effectifs dans chacune des spécialités. L'objectif de cet exercice est modeste, il s'agit d'évaluer les répercussions du contingentement sur le seul maintien des effectifs actuels. Pour cerner les besoins des 5 à 10 années à venir, cet exercice paraît tout aussi utile et certainement plus réaliste qu'une évaluation à partir de ratio médecin/population. Nous ne portons pas de jugement sur la valeur de la situation actuelle mais nous pensons que la situation actuelle correspond à une certaine réalité et à un certain besoin et que dans un avenir limité (10 ans) elle permettra de combler une grande partie des besoins de la population.

Premièrement, on a évalué le nombre de nouveaux spécialistes restant exercer au Québec requis chaque année dans chaque spécialité à partir du tableau de répartition des médecins spécialistes, par spécialité et par tranche d'âge fourni par la Régie. Sur ce tableau, nous avons cerné le nombre d'années pendant lesquelles les effectifs sont stables, par exemple entre 40 et 54 ans les anatomo-pathologistes se répartissent en 3 groupes à peu près égaux: 38, 40, 34 sujets pour chaque tranche d'âge de 5 ans. C'est ce que nous avons appelé le "plateau".

En divisant le nombre de spécialistes du plateau (112 dans l'exemple cité) par la durée du plateau (15 ans), on obtient le nombre requis, chaque année, pour maintenir les effectifs.

Exemple: $\frac{112}{15}$: 7.45 anatomo-pathologistes/an.

On verra que pour plusieurs spécialités, il est impossible de faire cette évaluation, soit parce que les spécialités sont trop récentes, soit parce qu'il n'y ait pas de plateau dans la répartition par tranche d'âge.

Deuxièmement, par une série de calculs simples indiqués dans le tableau, on compare le nombre de résidents idéalement requis dans les programmes pour maintenir les effectifs (colonne 5) et le nombre de résidents présents effectivement pendant les 5 dernières années (colonne 6 provenant de l'Annexe VIII). Les surplus ou les déficits apparaissent dans la 7ème colonne.

Troisièmement, on introduit un facteur de correction au déficit ou au surplus calculé en prenant en considération l'âge moyen de l'ensemble du groupe de la spécialité concernée.

	(1) Nombre d'années où le nombre de spécialistes est assez stable (plateau)	(2) Nombre de spécialistes correspondant au plateau	(3) Nombre de internes traitant au Québec requis par an pour maintenir les effectifs	(4) Nombre de résidents requis par an assurant 20% d'échecs et 10% de mutations provinciales (1 x 30% x 4)	(5) Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	(6) Nombre de résidents au Québec et autres provinces ciblés comme nombre depuis 5 ans, en moyenne	(7) Déficit (-) ou surplus (+) au 1980 (5-6a ↑)	(8) Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Allergie	Pas de plateau					4.2	+	47%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Anatomo-pathologie	15 ans (40-54)	112	7.47	9.7	38.8 (44)	29.8	- 9	45%	Déficit de 23% majoré par le fait que les effectifs sont plus âgés que la moyenne.
Anesthésie-réanimation	15 ans (40-54)	238	15.87	20.7	81.4 (44)	36.8	-43.6	39%	Déficit de 51% majoré par le fait que les effectifs sont beaucoup plus âgés que la moyenne.
Biochimie médicale	Pas de plateau					1	-	60%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Cardiologie	20 ans (30-49)	159	7.95	10.3	25.75 (42.5)	24	- 1.75	53%	L'équilibre est maintenu pour la majorité des effectifs. La majorité des effectifs est assurée.
Chirurgie C.V.T.	Pas de plateau					4.4		52%	Conclusion impossible; de plus les besoins en main-d'oeuvre sont liés très liés aux progrès technologiques et ce, de façon immédiate.
Chirurgie générale	15 ans (40-54)	263	17.53	22.9	91.2 (44)	130.4	N/A	38%	Le bilan est interprétable car beaucoup de résidents ne dirigeront en moyenne spécialité. Effectifs âgés.
Chirurgie orthopédique	15 ans (35-49)	147	9.8	12.7	38 (43)	32	- 6	58%	Déficit de 11% en peu corrigé parce que les effectifs sont un peu plus jeunes que la moyenne.

	(1) Nombre d'années où la durée de spécialisation est atteinte (plateau)	(2) Nombre de spécialistes correspondant au plateau	(3) Nombre de certifiés recrutés au Québec rapporté au point maximum des effectifs	(4) Nombre de résidents requis par an existant déjà, il y a environ 20% d'échecs et 10% de sortie des autres provinces (1) + 20% + 10%	(5) Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	(6) Nombre de résidents au Québec et autres provinces chaque année depuis 5 ans, en moyenne	(7) Déficit (-) ou surplus (+ en 1980 (5-6=)	(8) Proportion des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Chirurgie plastique	20 ans (30-49)	53	2.65	3.41	4.9 (a2)	9.6	+ 2.7	39%	Surplus de 40% majoré par des effectifs plus jeunes que la moyenne.
Dermatologie	Pas de plateau et effectifs en croissance rapide					24.2	?	73%	Le bilan est ininterprétable mais les effectifs sont très jeunes.
Endocrinologie	Plateau ininterprétable car il englobe les 2/3 de l'ensemble des effectifs				11.5 (a2.5)	9.2	- 3.3	68%	Conclusion impossible en raison du caractère récent de cette spécialité (1970)
Gastro-entérologie	20 ans (30-49)	69	3.45	4.3	11.25 (a2.53)	14.8	+ 3.55	39%	Surplus de 30% majoré par des effectifs un peu plus jeunes que la moyenne.
Hématologie	20 ans (30-49)	84	4.2	5.46	13.65 (a2.53)	12	- 1.65	62%	Déficit de 12% corrigé par la jeunesse des effectifs.
Médecine interne	20 ans (40-59)	123	6.15	10.45	31.8 (a4)	237.8	N/A	35%	Le bilan est ininterprétable car de nombreux résidents vont se diriger en sous-spécialité.
Médecine nucléaire	Effectifs trop petits					2.8	?	42%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Microbiologie médicale	15 ans (35-49)	38	2.53	3.28	9.8 (a3)	11.4	+ 1.6	49%	Déficit de 16% peu interprétable car les effectifs sont restreints.

	(1) Nombre d'années où le nombre de spécialistes est assez stable (plateau)	(2) Nombre de spécialistes correspondant au plateau	(3) Nombre de certifiés restant au Québec requis par an pour maintenir les effectifs	(4) Nombre de résidents requis par an ayant qu'il y a environ 20% d'échecs et 10% de m.o. des autres provinces (3 + 30% 4)	(5) Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	(6) Nombre de résidents à Québec et autres provinces depuis 5 ans, en moyenne	(7) Déficit (-) ou surplus (+) en 1980 (5-6= 7)	(8) Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Néphrologie	Plateau inintergrétable car il englobe les 7/8 de l'ensemble des effectifs				11.5 (x2.5)	9.8	- 1.7	65%	Conclusion impossible en raison du caractère récent de cette spécialité (1970).
Neurochirurgie	15 ans (35-49)	32	2.13	2.71	11 (x4)	5.4	- 5.6	51%	Il est futile d'évaluer le nombre requis pour maintenir les effectifs car les effectifs sont trop nombreux dans la province de Québec
Neurologie et E.E.G.	15 ans (30-44)	91	6.06	7.9	19.75 (x2.5)	16.4	- 3.35	70%	Déficit de 16% compensé par la jeunesse des effectifs.
Obstétrique-gynécologie	20 ans (30-49)	209	10.45	13.58	37.5 (x2.75)	58.2	+20.7	44%	Surplus de 55% des effectifs. Les effectifs sont un peu plus âgés que la moyenne.
Ophtalmologie	15 ans (35-49)	104	6.93	9	27 (x3)	35.6	+ 8.6	49%	Surplus de 30% alors que l'âge des effectifs est identique à celui de l'ensemble des spécialistes.
Oto-rhino laryngologie	15 ans (35-49)	87	5.8	7.5	22.5 (x3)	14.8	- 7.7	50%	Déficit de 34% sans compensation ou aggravation par la moyenne d'âge des effectifs.
Pédiatrie	15 ans (30-45)	187	12.46	16.2	64.8 (x4)	78.8	+14	55%	Surplus de 21% majoré par des effectifs un peu plus jeunes que la moyenne.
Physiatrie	25 ans (30-54)	44	1.76	2.28	4.5 (x2)	2	- 2.5	45%	Déficit de 55% avec une absence presque complète de candidats dans les programmes.

	(1) Nombre d'années ou le nombre de spécialités par année étudiés (plateau)	(2) Nombre de spécialistes correspondant au plateau	(3) Nombre de certifiés restant à pourvoir pour maintenir les effectifs	(4) Nombre de retraités remplis par an environ 20% qu'il y a environ 20% d'entrée et 10% de sortie des autres privations (1 + 30% à)	(5) Nombre de retraités requis compte tenu de la durée des prestations	(6) Nombre de retraités à pourvoir (hors et autres privations chaque année depuis 5 ans, en moyenne	(7) Déficit (-) ou surplus (+) en 1980 (5-6a 7)	(8) Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Pneumologie	Pas de plateau = double population - pédiatrique - pneumologue					15.6	7	43%	Conclusion impossible car on n'observe pas de plateau.
Psychiatrie	15 ans (35-49)	371	26.73	32.1	120.7 (x4)	83.2	- 45.3	38%	Déficit de 358 compensé en partie par la jeunesse des effectifs.
Radiologie diagnostique	25 ans (35-59)	209	13.93	18.1	97.9 (x3.7%)	33	- 34.9	34%	Déficit de 22% non compensé par l'âge des effectifs.
Radiothérapie	Pas de plateau - très petits effectifs					1	?	53%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Rhumatologie	Pas de plateau					5.8	?	44%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Santé communautaire	Pas d'effectif. Besoins en médecin d'entre évalué à 100					9.4	-	-	
Urologie	Pas de plateau					14	?	34%	Conclusion impossible en l'absence de plateau.

ANNEXE VIII

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80

(données publiées par la C.P.M.Q. correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année et données fournies par le ministère des Affaires intergouvernementales pour les résidents reçus dans le cadre des accords intergouvernementaux)

PROGRAMME : ALLERGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74					3	8		11						1		1	12
1974-75					4	5		9									9
1975-76					5	4	1	10									10
1976-77					4	5		9									9
1977-78					4	5		9									9
1978-79					3	6		9									9
1979-80					5	3		8									8
Total 1975-1980					21			45									21/45 (4)
Nb. moyen par an					4.2			9									4.2/9 (5)
Nb. max. de postes (6)								8				3					11

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: ANATOMO-PATHOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	8	1		9	13	26		39	15	4		19	2			2	69
1974-75	7	2		9	13	32		45	5	4		9	1	1		2	65
1975-76	8	2		10	11	26		37	6	6	1	13	2	2		4	64
1976-77	8	2		10	13	23		36	7	5		12	2	1		3	61
1977-78	5	3		8	14	19		33	9	3		12	2			2	55
1978-79	6			6	15	12		27	9		1	10	1	2		3	45
1979-80	3			3	14	14		28	14			14		1		1	46
Total 1975-1980	30			37	67			161	45			61	7			13	149/271 (4)
Nb. moyen par an	6			7.4	13.4			32.2	9			12.2	1.4			2.6	29.8/54.2 (5)
Nb. max. de postes (6)				15				40				30				6	91

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: ANESTHESIE-REANIMATION

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P. (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	20	1		21	7	37		44	14	7		21	2	2		4	90
1974-75	13	1		14	7	35		42	17	3		20	2	3		5	81
1975-76	16	1	1	18	7	23	2	32	9	2	2	13	2	4		6	69
1976-77	14		1	15	6	21	3	30	16	3	3	22	1		1	2	69
1977-78	13	2	1	16	10	14	7	31	15	1	2	18	1		2	3	68
1978-79	11		1	12	13	9	1	23	15	1	3	19		3	1	4	58
1979-80	14			14	17	14		31	17	3	1	21	2	1	1	4	70
Total 1975-1980	68			75	53			147	72			93	6			19	199/334 (4)
Nb. moyen par an	13.6			15	10.6			29.4	14.4			18.6	1.2			3.8	39.8/66.8 (5)
Nb. max. de postes (6)				27				46				30				12	115

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (3 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: BIOCHIMIE MEDICALE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1	1		2	1			1									3
1974-75	1	1		2	1			1									3
1975-76	1	2		3		1		1									4
1976-77													1			1	1
1977-78	5	1		6	1			1					1			1	8
1978-79	1	1		2	1	1		2									4
1979-80	2	1	1	4									2			2	6
Total 1975-1980	9			15	2			4					4			4	15/23 (4)
Nb. moyen par an	1.8			3	0.4			0.8					0.8			0.8	3/4.6 (5)
Nb. max. de postes (6)				5				4								3	12

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : CARDIOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	4	3		7	9	4		13	11	9		20					40
1974-75	5	3		8	11	5		16	13	12		25	1	1		2	51
1975-76	6		1	7	9	6		15	11	10	6	27	1	1		2	27/51
1976-77	5	1	2	8	10	1		11	11	10	5	26					26/45
1977-78	3	1	2	6	9	4		13	6	10	4	20	1	1		2	19/41
1978-79	5	2	2	9	10	2	1	13	8	6	6	20	2	1		3	25/45
1979-80	6	1		7	8	0		8	8	6	6	20	1		[1]	1	21/36
Total 1975-1980	25			37	46			60	44			113	5			8	120/218[4]
Nb. moyen par an	5			7.4	9.2			12	8.8			22.6	1			1.6	24/43.6[5]
Nb. max. de postes (6)				11				14				31				5	61

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents 5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE & THORACIQUE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					3	1		4	2	4		6					10
1974-75					2	1		3	2	6		8					11
1975-76					2			2	2	4	1	7					9
1976-77					2	1		3	2	6	3	11					14
1977-78					2	1		3		3	2	5					8
1978-79					3		1	4	5	1	2	8					12
1979-80					2	1	1	4	2		2	4					8
Total 1975-1980					11			16	11			35					22/51 (4)
Nb. moyen par an					2.2			3.2	2.2			7					4.4/10.2 (5)
Nb. max. de postes (6)								4				10					14

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : CHIRURGIE GENERALE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	36	11		47	71	40		111	44	34		80	11	7		18	256
1974-75	33	13		46	61	48		109	37	36		73	7	7		14	242
1975-76	35	17		52	71	38		109	47	22	1	70	5	10	1	16	247
1976-77	28	9	2	39	57	28		85	46	20	3	69	6	7	1	14	207
1977-78	16	8	2	26	53	22		75	49	7	1	57	8	5	3	16	174
1978-79	20	2	3	25	50	19	1	70	35	7	4	46	7	5	1	13	154
1979-80	17	2	3	22	60	11	3	74	30	13	4	36	3	2	1	6	138
Total 1975-1980	116			164	291			413	213			300	24			63	(4) 652/942
Nb. moyen par an	23.2			32.8	58.1			82.6	43.2			60	5.8			13	(5) 30.4/188.4
Nb. max. de postes (6)				46				105				100				24	275

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (3 ans)
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74	11	1		12	21	7		28	14	9		23	1	4		5	68
1974-75	9	1		10	21	7		28	14	11		25	1	3		4	67
1975-76	6	1	1	8	19	8		27	12	10		22		2		2	59
1976-77	5		2	7	19	9		28	9	10		19			2	2	56
1977-78	6		2	8	16	6		22	10	5	2	17	1	2		3	50
1978-79	3		3	6	15	5		20	10	2	2	14	1	1	1	3	43
1979-80	3		1	4	17	2	2	21	7			7	1		1	2	34
Total 1975-1980	23			33	86			118	48			79	3			12	160/242 (4)
Nb. moyen par an	4.6			6.6	17.2			23.6	9.6			15.8	0.6			2.4	32/48.4 (5)
Nb. max. de postes (6)				14			30					26				6	76

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: CHIRURGIE PLASTIQUE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					5	3		8	5	1		6					14
1974-75					4	2		6	6			6					12
1975-76					3	3		6	8		1	9					15
1976-77					2	3		5	7	2		9					14
1977-78					3	3		6	6	3		9					15
1978-79					5	2		7	4	2		6					13
1979-80					5	3		8	5			5					13
Total 1975-1980					18			32	30			38					48/70[4]
Nb. moyen par an					3.6			6.4	6			7.6					9.6/14[5]
Nb. max. de postes (6)								6				9					15

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ar
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : DERMATOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.F (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.F	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	5			5	10	2		12	10	2		12					29
1974-75	4			4	11	3		14	10	1		11					29
1975-76	3			3	10	4		14	9	1		10					27
1976-77	3			3	13	2		15	10			10					28
1977-78	3			3	14	1		15	8	1		9					27
1978-79	4			4	14			14	8	2		10					28
1979-80	2		1	3	13	1		14	7	1		8					25
Total 1975-1980	15			16	64			72	42			47					21/135 (4)
Nb. moyen par an	3			3.2	12.8			14.4	8.4			9.4					24.2/27 (5)
Nb. max. de postes (6)				6				16				12					34

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : ENDOCRINOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	2			2	1	4		5	3	3		6					13
1974-75	1			1	6	6		12	4			4		1		1	18
1975-76	4			4	6	3		9	5	2	1	8	1			1	22
1976-77	3			3	5	3		8	1	2	1	4					15
1977-78	1			1	3	5		8		2	1	3					12
1978-79			1	1	2	2		4	5	2		7					12
1979-80		1	1	1	2	3		5	3	2	1	6					12
Total 1975-1980	8			10	18			34	14			28	1			1	41/73 (4)
Nb. moyen par an	1.6			2	3.6			6.8	2.8			5.6	.2			.2	8.2/14.6 (5)
Nb. max. de postes (6)				4				11				10				2	27

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: GASTRO-ENTEROLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74					4	6		10	4	4		8		1		1	19
1974-75					6	4		10	2	5		7					17
1975-76					8	3		11	8	3	2	13	1			1	25
1976-77					10	1		11	9	5		14	1			1	26
1977-78					8	3		11	6	5	1	12	1		1	2	25
1978-79					6	2		8	5	1	1	7	1	1		2	17
1979-80					6	1		7	4	2	1	7		1		1	15
Total 1975-1980					38			48	32			53	4			7	(4) 74/108
Nb. moyen par an					7.6			9.6	6.4			10.6	0.8			1.4	(5) 14.8/21.6
Nb. max. de postes (6)								10				15				2	27

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : HEMATOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74					1	10		11	4	3		7	1			1	19
1974-75					1	7		8	1	5		6	1			1	15
1975-76	2			2	5	4		9	2	1		3	1			1	15
1976-77	3			3	9	4	1	14	7	1		8	1			1	26
1977-78	4			4	6	7		13	5	1		6					23
1978-79	1			1	3	2		5	3	1		4	1			1	11
1979-80	1			1	5	1		6	1	1		2					9
Total 1975-1980	11			11	28			47	18			23	3			3	60/84 (4)
Nb. moyen par an	2.2			2.2	5.6			9.4	3.6			4.6	0.6			0.6	12/16.8 (5)
Nb. max. de postes (6)				4				14				10				2 (prov.)	30

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : MEDECINE FAMILIALE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	28			28	23	3		26					3			3	57
1974-75	39			39	27	8		35	6	1		7	10			10	91
1975-76	47			47	26	12		38	14	1		15	15			15	115
1976-77	42			42	32	15		47	21	2		23	24			24	136
1977-78	45			45	44	16		60	31	3		34	34	1		35	174
1978-79	38	1		39	52	14		66	34	1		35	41	1		42	182
1979-80	42			42	50	9		59	51			51	49			49	201
Total 1975-1980	214			215	204			270	151			158	163			165	(4) 732/808
Nb. moyen par an	42.8			43	40.8			54	30.2			31.6	32.6			33	(5) 146.4/161.6
Nb. max. de postes (6)				42				60				72				50	224

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : MEDECINE INTERNE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	47	3		50	111	58		169	73	25		98	17	6		23	340
1974-75	41	4		45	107	50		157	73	37		110	14	6		20	332
1975-76	34	6		40	111	38		149	73	17		90	21	2	1	24	303
1976-77	38	3	2	43	115	37		152	71	15		86	20	2		22	303
1977-78	41	4		45	110	29		139	64	14	1	79	16	2	1	19	282
1978-79	42	4		46	112	29	1	142	57	12		69	16	4		20	277
1979-80	37	2		39	111	25	1	137	77	12		89	23	1		24	289
Total 1975-1980	192			213	559			719	342			413	96			109	(4) 1189/1454
Nb. moyen par an	38.4			42.6	111.8			143.8	68.4			82.6	19.2			21.8	(5) 237.8/290.8
Nb. max. de postes (6)				55				149				120				30	354

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMC., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMC., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année/.

PROGRAMME : MEDECINE NUCLEAIRE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74					1	2		3	1	1		2	2			2	7
1974-75					1	1		2	3			3					5
1975-76						2		2		1		1					3
1976-77						3		3									3
1977-78					1			1	1			1	1			1	3
1978-79						2		2	3			3	1			1	6
1979-80					2	2		4	5			5					9
Total 1975-1980					3			12	9			10	2			2	(4) 14/24
Nb. moyen par an					0.6			2.4	1.8			2	0.4			0.4	(5) 2.8/4.8
Nb. max. de postes (6)								6				6				3	17

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : MICROBIOLOGIE MÉDICALE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P. (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	2	1		3	2	3		5	8	1		9					17
1974-75		1		1	2	1		3	5	1		6					10
1975-76	1	1		2	3			3	6	2		8					13
1976-77	3	1		4	3	1		4	6	1		7					15
1977-78					2	2		4	10	1		11					15
1978-79	2			2	2	1		3	8	1		9					14
1979-80	4			4	2	1		3	5	1	1	7					14
Total 1975-1980	10			12	12			17	35			42					57/71 (4)
Nb. moyen par an	2			2.4	2.4			3.4	7			8 4					11.4/14.2 (5)
Nb. max. de postes (6)				4				6				12				3	25

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

CE PROGRAMME EST RECONNU

PROGRAMME : NEPHROLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					6	6		12	5	2		7	4			4	23
1974-75					7	4		11	4	5		9	1			1	21
1975-76					7	7		14	3	3		6					20
1976-77					4	5		9	2	3		5	2			2	16
1977-78	1			1	4	5		9	3	1		4	2			2	16
1978-79					4	3		7	4	1		5	3			3	15
1979-80	1			1	4	3		7	4	1		5	1	1		2	15
Total 1975-1980	2			2	23			46	16			25	8			9	(4) 49/82
Nb. moyen par an	0.4			0.4	4.6			9.2	3.2			5	2			2.2	(5) 9.8/16.4
Nb. max. de postes (6)				3				11				12				3	29

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMC., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMC., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : NEUROCHIRURGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74					11	13		14		3		3	1			1	18
1974-75		1		1	3	11		14		3		3	1	1		2	20
1975-76	1			1	3	11		14		4	1	5		1		1	21
1976-77	2			2	3	13		16	1	2		3		2		2	23
1977-78	3	1		4	2	8		10	1	2		3		2		2	19
1978-79	3			3	2	7		9	1	1		2		1		1	15
1979-80	2			2	3	6		9		2	1	3		1		1	15
Total 1975-1980	11			12	13			58	3			16				7	(4) 27/93
Nb. moyen par an	2.2			2.4	2.6			11.6	0.6			3.2				1.4	(5) 5.4/18.6
Nb. max. de postes (6)				4				12				6				2	24

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ar
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : NEUROLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P. (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	3			3	11	17		28	6			6		1		1	38
1974-75	2			2	13	11		24	3	2		5	1	2		3	34
1975-76		1		1	13	8		21	4	2		6	1	3		4	32
1976-77		1		1	8	11		19	6			6	1	1	1	3	29
1977-78		1		1	11	12		23	5			5	1	2		3	32
1978-79					12	10		22	4		1	5		2		2	29
1979-80			1	1	12	5		17	4			4					22
Total 1975-1980				4	56			102	23			26	3			12	(4) 82/144
Nb. moyen par an				0.8	11.2			20.4	4.6			5.2	0.6			2.4	(5) 16.4/28.8
Nb. max. de postes (6)				4				22				14				4	44

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	9	5		14	16	23		39	11	15		26		1		1	80
1974-75	13	3		16	25	14		39	9	6		15					70
1975-76	13	3		16	26	14		40	9	2	2	13	1			1	70
1976-77	13	3		16	28	13		41	20	2	2	24	1		1	2	83
1977-78	12	2	1	15	29	11		40	16	5	1	22	3			3	80
1978-79	12	4		16	29	10		39	18	4	2	24	5	1		6	85
1979-80	14	1	1	16	24	7		31	14	3	2	19	4	2	1	7	73
Total 1975-1980	64			79	136			191	77			102	14			29	(4) 291/391
Nb. moyen par an	12.8			15.8	27.2			38.2	15.4			20.4	2.8			5.8	(5) 58.2/78.2
Nb. max. de postes (6)				24				40				40				6	110

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans)
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : OPHTALMOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P. (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	
1973-74	9	1		10	15	3		18	9	7		16	1	1		2	46
1974-75	9	1		10	11	6		17	8	9		17	2	1		3	47
1975-76	10	1		11	10	6		16	11	6	1	18	4			4	49
1976-77	12	1		13	9	8		17	12	5	1	18	4			4	52
1977-78	9	2		11	13	4		17	12	4	1	17	4			4	49
1978-79	9		2	11	13	3		16	9		2	11	4			4	42
1979-80	8		1	9	13	2	1	16	7		2	10	5			5	40
Total 1975-1980	48			55	58			82	51			74	21			21	(4) 178/232
Nb. moyen par an	9.6			11	11.6			16.4	10.2			14.8	4.2			4.2	(5) 35.6/46.4
Nb. max. de postes (6)				12				18				24				5	39

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans)
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P. (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	
1973-74	3	2		5	5	8		13	3	5		8	2	1		3	29
1974-75	2	3		5	5	7		12	6	5		11	2	1		3	31
1975-76	4	2		6	4	6		10	8	4	1	13	1		1	2	31
1976-77	5			5	3	7		10	10	3		13	2		1	3	31
1977-78	7			7	1	4		5	7	2		9	2			2	23
1978-79	4			4	1	2	1	4	5	3		8	3			3	19
1979-80	2	1		2		3	1	4	4	1	1	6	1			1	13
Total 1975-1980	22			24	9			33	34			49	9			11	(4) 74/117
Nb. moyen par an	4.4			4.8	1.8			6.6	6.8			9.8	1.8			2.2	(5) 14.8/23.4
Nb. max. de postes (6)				8				16				16				4	44

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMC., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMC., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : PEDIATRIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	10	3		13	35	17		52	37	28		65	3	2		5	135
1974-75	5	5		10	33	22		55	33	27		60	3	4		7	132
1975-76	8	1		1	32	27		59	31	14	2	47	6	1	2	9	125
1976-77	6	1		7	35	24		59	19	13	2	34	2	1		3	103
1977-78	5			5	44	19		63	36	14	4	54	4	1	1	6	128
1978-79	5			5	71	17		58	30	9	5	44	7		1	8	115
1979-80	4			4	39	13		52	33	2	11	46	7	1	1	9	111
Total 1975-1980	28			31	191			291	149			225	26			35	(4) 394/582
Nb. moyen par an	5.6			6.2	38.2			58.2	29.8			45	5.2			7	(5) 78.8/116.4
Nb. max. de postes (6)				10				55				70				10	145

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME: PHYSIATRIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1					3	2		5					6
1974-75	1			1					2	2		4					5
1975-76										2	1	3					3
1976-77										2		2					2
1977-78	1			1					2			2					3
1978-79									3			3					3
1979-80	1		1	2					3	1		4					6
Total 1975-1980	2			3					8			14					10/17 (4)
Nb. moyen par an	0.4			0.6					1.6			2.8					2/3.4 (5)
Nb. max. de postes (6)				4								8					12

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : PNEUMOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1	5	7		12	2	1		3					16
1974-75	3			3	7	11		18	1	3		4					25
1975-76	4			4	6	9		15	2	2		4		1		1	24
1976-77	4			4	5	8		13	4	3	1	8					25
1977-78	3			3	6	3		9	6	1		7					19
1978-79	2	1	2	5	14	4		18	6			6					29
1979-80	3		1	4	10	4		14	3			3					21
Total 1975-1980	16			20	41			69	21			28				1	(4) 78/118
Nb. moyen par an	3.2			4	8.2			13.8	4.2			5.6				0.2	(5) 15.6/23.6
Nb. max. de postes (6)				5				12				7				2	26

CE PROGRAMME N'EST RECONNU

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : PSYCHIATRIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	18	3		21	51	46		97	33	8		41	7	1		8	167
1974-75	12			12	50	51		101	29	7		36	2			2	151
1975-76	9	2		11	45	38	1	84	28	3	1	32	1			3	130
1976-77	7	2		9	40	25		65	33	9		42	2			2	118
1977-78	7	2	1	10	32	20		52	32	9	1	42	4			4	108
1978-79	6	1	1	8	33	14		47	36	9	1	46	8	1		9	110
1979-80	9			9	38	10	1	49	39	8	1	48	6			6	112
Total 1975-1980	38			47	188			297	168			210	22			24	(4) 316/578
Nb. moyen par an	7.6			9.4	37.6			59.4	33.6			42	4.4			4.8	(5) 83.2/115.6
Nb. max. de postes (6)				24				90				60				9	183

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	8	1		9	25	23		48	31	6		37	4			4	98
1974-75	7			7	28	19		47	28	5		33	4			4	91
1975-76					29	15		44	34	1	1	36	2	1		3	83
1976-77	3			3	29	8		37	29	2	4	35	2			2	77
1977-78	4			4	21	5		26	17	3	1	21	4			4	55
1978-79		1		1	24	6	1	31	20	2	1	23	4	1		5	60
1979-80	3	1		4	21	5		26	15	3	1	19	4	1		5	54
Total 1975-1980	10			12	124			164	115			134	16			19	(4) 265/329
Nb. moyen par an	2			2.4	24.8			32.8	23			26.8	3.2			3.8	(5) 53/65.8
Nb. max. de postes (6)				8				46				50				6	104

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 an
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : RADIOTHERAPIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				TOTAL
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	
1973-74	1			1													1
1974-75					1	1		2	1			1					3
1975-76	1			1		2		2									3
1976-77	1			1	1	2		3									4
1977-78						2		2		1		1	CE PROGRAMME EST ECOULE				3
1978-79						2		2	1	1		2					4
1979-80						1		1	1			1					2
Total 1975-1980	2			2	1			10	2			4					(4) 5/16
Nb. moyen par an	0.4			0.4	0.2			2	0.4			0.8				0	(5) 1/3.2
Nb. max. de postes (6)				4				4				8				3	19

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CFMC., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CFMC., correspondent à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : RHUMATOLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74										1		1		2		2	3
1974-75						4		4		1		1	2	1		3	8
1975-76					4	3		7	1	2		3	1		1	2	12
1976-77					3	2		5	1	1		2	3		2	5	12
1977-78					1	5		6	2			2	1		1	2	10
1978-79					3	3		6	2	1		3	1		1	2	11
1979-80					5	2		7	1	2		3			1	1	11
Total 1975-1980					16			31	7			13	6			12	(4) 29/56
Nb. moyen par an					3.2			6.2	1.4			2.6	1.2			2.4	(5) 9.8/11.2
Nb. max. de postes (6)								7				4				6	17

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : SANTE COMMUNAUTAIRE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P	Acc.	Total	TOTAL
1973-74																	
1974-75																	
1975-76																	
1976-77																	
1977-78	5			5													5
1978-79	11			11	4			4	3			3					18
1979-80	13		2	17	6			6	2		1	4	3			3	30
Total 1975-1980	29			33	10			10	5			7	3			3	(4) 7/53
Nb. moyen par an	10			11	5			5	2.5			3.5	3			3	(5) 23.5/26.5
Nb. max. de postes (6)				24				9				4					37

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

PROGRAMME : UROLOGIE

	LAVAL				Mc GILL				MONTREAL				SHERBROOKE				
	Q-C (1)	U-A.P (2)	Acc. (3)	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1	6	8		14	2	7		9	1	2		3	27
1974-75	1			1	4	8		12	3	6		9		2		2	24
1975-76	3			3	10	5		15	3	6		9		1	2	3	30
1976-77	3			3	10	3		13	3	3	1	7	1			1	24
1977-78	2			2	7	2		9	4			4	1			1	16
1978-79	1			1	7	2		9	4	3	1	8			1	1	19
1979-80	4			4	5	3	1	9	1	1	1	3	1		1	2	18
Total 1975-1980	13			13	39			55	15			31	3			8	(4) 70/107
Nb. moyen par an	2.6			2.6	7.8			11	3			6.2	0.6			1.6	(5) 14/21.4
Nb. max. de postes (6)				6				15				13				co/ McGill	34

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des Etats-Unis et des autres pays.
(3) résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
(4) nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents
(5) nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans
(6) d'après la liste des agréments publiée par la CPMQ., 1er juillet 1978

TABLEAU Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la CPMQ., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

ANNEXE IX

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (années 1975 à 1979)

COMMENTAIRES GENERAUX A PROPOS DES RESULTATS AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC

1. Les candidats sont généralement attribués aux programmes où ils ont effectué leur dernière année de formation de sorte que quelques candidats de McGill et de Montréal ont effectué une partie de leur formation à Laval et à Sherbrooke. Il n'y a pas moyen de contourner cette difficulté avec les données telles que recueillies actuellement. On doit toutefois reconnaître que ces candidats ont été acceptés dans le programme puis recommandés en vue de leur présentation aux examens de certification.

2. Un certain nombre de résidents ayant effectué la plus grande partie de leur résidence au Québec mais ayant effectué leur dernière année hors Québec n'apparaissent pas dans ces tableaux.

3. Il est difficile de savoir combien de candidats échouent définitivement après avoir épuisé toutes leurs possibilités de reprise. Il faudrait faire une enquête candidat par candidat. De toute façon, le meilleur indicateur de la valeur d'un programme est probablement le résultat des candidats lors de leur première présentation aux examens.

4. La qualité des examens de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est souvent remise en cause par les facultés de médecine inquiètes du taux élevé d'échecs. On doit remarquer que, si les examens sont sous la responsabilité de la Corporation, les questions n'en sont pas moins élaborées par les professeurs des facultés de médecine qui sont en outre les membres des jurys des examens.

PROGRAMME: ALLERGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1			0/1							
1976				0/2	1/1			1/3							
1977															
1978				4/4				4/4							
1979				1/1				1/1							
Total 1975 à 1979				5/7	1/2			6/9							

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : ANATOMO-PATHOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				5/5			4/7	9/12	1/1	1/1	2/2				
1976				3/3			0/1	3/4	0/1	1/1	1/2		0/1	0/1	
1977	1/1		1/1	1/1		1/1	3/3	5/5	2/2		2/2				
1978		1/2	1/2				1/3	1/3							
1979	2/2	1/1	3/3	3/3	1/1		2/3	6/7	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979	3/3	2/3	5/6	12/12	1/1	1/1	10/17	24/31	4/5	2/2	6/7		0/1	0/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: ANESTHESIE-REANIMATION

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/4		3/4	1/1	1/1		5/14	7/16	6/7	1/6	7/13				
1976	2/3		2/3	1/1	1/1		4/8	6/10	2/2	0/5	2/7	0/1	0/1	0/2	
1977	3/4		3/4	1/1	1/1		3/7	5/9	5/8	0/3	5/11	0/1		0/1	
1978	5/5	0/1	5/6		1/1		2/4	3/5	4/5	0/2	4/7		0/1	0/1	
1979	5/5	1/1	6/6				4/4	4/4	4/5	2/4	6/9	0/1		0/1	
Total 1975 à 1979	18/21	1/2	19/23	3/3	4/4		18/37	25/44	21/27	3/20	24/47	0/3	0/2	0/5	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.) **

PROGRAMME: BIOCHIMIE MEDICALE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	0/1		0/1		0/2							
1976	1/1	1/1	2/2				1/1	1/1							
1977	1/1		1/1												
1978				1/1				1/1				1/1		1/1	
1979	1/1		1/1				1/1	1/1							
Total 1975 à 1979	4/4	1/1	5/5	1/2		0/1	2/2	3/5				1/1		1/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : CARDIOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/2	2/3	3/5	3/3		1/1	0/1	4/5	3/3	4/5	7/8				
1976	2/3		2/3	1/1	3/3			4/4	2/7	2/5	4/12				
1977	4/4		4/4				0/1	0/1	4/5	3/5	7/10				
1978	1/1	1/1	2/2	4/4	1/1		1/1	6/6	4/5	1/2	5/7				
1979	0/1		0/1	1/1	1/1			2/2	3/3	1/1	4/4	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	8/11	3/4	11/15	9/9	5/5	1/1	1/3	16/18	16/23	11/18	27/41	1/1		1/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				1/1	1/1	1/1		3/3	1/1	1/1	2/2				
1976					1/1			1/1		0/1	0/1				
1977				1/1				1/1	1/1	2/3	3/4				
1978					1/1			1/1		1/1	1/1				
1979				1/1				1/1	2/2	1/1	3/3				
Total 1975 à 1979				3/3	3/3	1/1		7/7	4/4	5/7	9/11				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: CHIRURGIE GENERALE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/3	0/3	3/6	7/8	1/1		1/1	9/10	2/2	4/9	6/11	0/1	0/1	0/2	
1976	3/3	2/6	5/9	3/5	1/1		1/2	5/8	3/5	3/8	6/13	0/2	0/2	0/4	
1977	6/7	1/3	7/10	8/9			2/5	10/14	7/7	4/9	11/16	0/1	1/1	1/2	
1978	2/2	2/4	4/6	1/3	1/2	1/1	3/3	6/9	4/4	1/3	5/7		0/2	0/2	
1979	1/1	1/2	2/3	4/4	2/2	1/1	0/1	7/8	9/11	3/5	12/16	1/1	1/4	2/5	
Total 75 à 1979	15/16	6/18	21/34	23/29	5/6	2/2	7/12	37/49	25/29	15/34	40/63	1/5	2/10	3/15	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/6		3/6	3/4	1/1	1/1	0/3	5/9	5/7	2/4	7/11				
1976	1/3		1/3	3/5			0/4	3/9	6/7	1/2	7/9				
1977	1/2		1/2	3/5	2/2		0/1	5/8	1/2	3/4	4/6		0/1	0/1	
1978	2/3		2/3	4/6			3/3	7/9	3/4	1/6	4/10		0/2	0/2	
1979	1/1		1/1	1/2	3/3			4/5	3/3	3/4	6/7		1/2	1/2	
Total 1975 à 1979	8/15		8/15	14/22	6/6	1/1	3/11	24/40	18/23	10/20	28/43		1/5	1/5	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: CHIRURGIE PLASTIQUE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				1/1				1/1	2/3		2/3				
1976									3/3		3/3				
1977				1/1			0/1	1/2	3/3		3/3				
1978				1/1			1/1	2/2	4/4	1/1	5/5				
1979				1/1	1/1			2/2	1/1	1/1	2/2				
Total 1975 à 1979				4/4	1/1		1/2	6/7	13/14	2/2	15/16				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REFORME DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : DERMATOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/3		3/3	2/2	4/4			6/6	5/5	0/1	5/6				
1976	1/2		1/2		0/1		1/2	1/3	0/1	1/1	1/2				
1977	0/2		0/2	2/2	1/1		2/2	5/5	4/4		4/4				
1978	1/1		1/1	1/1	1/1		0/1	2/3	5/5		5/5				
1979	1/1		1/1		3/3			3/3	2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	6/9		6/9	5/5	9/10		3/5	17/20	16/17	1/2	17/19				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : ENDOCRINOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1		1/1		1/1	2/2	1/1	1/2	2/3				
1976	1/2		1/2	1/2				1/2	1/1	1/1	2/2	1/1		1/1	
1977	1/2		1/2	4/4				4/4	1/1		1/1				
1978	2/2		2/2	1/1			1/1	2/2		1/1	1/1				
1979					1/1			1/1		2/2	2/2				
Total 1975 à 1979	5/7		5/7	6/7	2/2		2/2	10/11	3/3	5/6	8/9	1/1		1/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : GASTRO-ENTEROLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			TOTAL
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	
1975				1/1	1/1		1/1	3/3		1/2	1/2				
1976							0/1	0/1	0/1	0/1	0/2				
1977				2/2				2/2	5/6	1/3	6/9		0/1	0/1	
1978				2/2	1/1			3/3	4/4	3/3	7/7		0/1	0/1	
1979				2/3				2/3	2/2	1/1	3/3	1/1	2/2	3/3	
Total 1975 à 1979				7/8	2/2		1/2	10/12	11/13	6/10	17/23	1/1	2/4	3/5	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : HEMATOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1		0/1	0/2	1/1	1/3	2/4	1/1		1/1	
1976						1/1		1/1		1/2	1/2				
1977	1/2		1/2		1/1	1/1	1/1	3/3	3/3	0/1	3/4				
1978	2/3		2/3	2/2	1/1		1/1	4/4	2/2	0/1	2/3				
1979	2/2		2/2	1/1				1/1	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979	5/7		5/7	3/3	2/3	2/2	2/3	9/11	7/7	2/7	9/14	1/1		1/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.
*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs
**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU VI SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: HYGIENE PUBLIQUE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976										1/1	1/1				
1977															
1978															
1979															
Total 1975 à 1979										1/1	1/1				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: MEDECINE INTERNE (formation complète)

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			TOTAL
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	
1975				5/6	2/2	1/1	1/1	9/10	1/2	0/2	1/4	1/1		1/1	
1976				4/5	3/3	0/2		7/10	0/3	2/3	2/6	2/2		2/2	
1977	0/1		0/1	5/6		2/2	1/2	8/10	2/4	0/1	2/5	1/1		1/1	
1978	3/3		3/3	6/8	3/3		0/2	9/13	5/5	1/2	6/7	2/2		2/2	
1979	3/3		3/3	9/10	7/7	4/4	3/4	23/25	7/7	0/1	7/8	1/2	1/1	2/3	
Total 1975 à 1979	6/7		6/7	29/35	15/15	7/9	5/9	56/68	15/21	3/9	18/30	7/8	1/1	8/9	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: MEDECINE INTERNE (formation partielle)

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	5/7		5/7	6/8	3/4		0/3	9/15	7/9	2/9	9/18	4/5	2/2	6/7	
1976	4/4	0/1	4/5	11/11	1/1	3/3	2/3	17/18	5/9	3/4	8/13	4/4	0/1	4/5	
1977	3/5		3/5	11/12	3/3	0/1	0/3	14/19	9/14	0/2	9/16	2/3	1/1	3/4	
1978	4/6		4/6	10/11	2/2	1/1	2/3	15/17	13/13	2/3	15/16	4/5		4/5	
1979	4/6		4/6	12/12	6/6		2/2	20/20	9/10	1/1	10/11	2/3		2/3	
Total 1975 à 1979	20/28	0/1	20/29	50/54	15/16	4/5	6/14	75/89	43/55	8/19	51/74	16/20	3/4	19/24	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: MEDECINE NUCLEAIRE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975												1/1		1/1	
1976							1/1	1/1							
1977															
1978									1/1		1/1				
1979												1/1		1/1	
Total 975 à 1979							1/1	1/1	1/1		1/1	2/2		2/2	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.
*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs
**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: MICROBIOLOGIE MEDICALE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1				1/2	1/2	3/4		3/4				
1976									3/3		3/3				
1977	0/1		0/1												
1978	1/1		1/1				1/1	1/1	4/4		4/4				
1979	1/1	0/1	1/2	1/1			1/1	2/2	2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	3/4	0/1	3/5	1/1			3/4	4/5	12/13		12/13				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des États-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.
*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs
**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: NEPHROLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				2/2				2/2	2/2	0/1	1/3	2/2		2/2	
1976				1/1		1/1	2/2	4/4	3/3	1/1	4/4				
1977					1/1		1/1	2/2		1/1	1/1				
1978				1/1	1/1		4/4	6/6		1/1	1/1	2/2		2/2	
1979				1/1		1/1	1/1	3/3	1/1		1/1	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979				5/5	2/2	2/2	8/8	17/17	6/6	3/4	9/10	5/5		5/5	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: NEURO-CHIRURGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1			0/1				1/1		1/1	
1976						0/1	0/1	0/2							
1977				1/1			0/1	1/2							
1978					1/1		0/1	1/2					1/1	1/1	
1979				1/1			1/2	2/3							
Total 1975 à 1979				2/2	1/2	0/1	1/5	4/10				1/1	1/1	2/2	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: NEUROLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				4/4	1/1			5/5	1/2	0/1	1/3				
1976				4/4				4/4	1/2	0/1	1/3	1/1		1/1	
1977				3/3	1/1		2/2	6/6	1/2		1/2				
1978				1/1	1/1			2/2	1/1		1/1		1/1	1/1	
1979				1/1	2/3	2/2	2/2	7/8	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979				13/13	5/6	2/2	4/4	24/25	5/8	0/2	5/10	1/1	1/1	2/2	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: OBSTETRIQUE & GYNECOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/5	1/2	4/7	7/8	1/2		1/7	9/17	3/7	1/5	4/12				
1976	3/4		3/4	3/3	1/3		0/6	4/12	2/4	1/4	3/8				
1977	5/9	0/2	5/11	2/2	1/4		2/8	5/14	3/4	0/3	3/7				
1978	5/6	1/1	6/7	7/7	5/6	1/1	4/9	17/23	4/4	0/2	4/6				
1979	2/4	1/2	3/6	9/10	1/1		4/5	14/16	7/8	3/4	10/12	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	18/28	3/7	21/35	28/30	9/16	1/1	11/35	49/82	19/27	5/18	24/45	1/1		1/1	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : OPHTALMOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/2		0/2	3/3	1/1	1/2	0/1	5/7	1/5	2/3	3/8				
1976	1/4		1/4	1/1	2/3	1/1	0/2	4/7	3/4	0/2	3/6				
1977	2/3		2/3	2/2	1/1	1/1	1/1	5/5	2/3	0/1	2/4				
1978	4/5	1/1	5/6	2/3				2/3	6/7	2/3	8/10				
1979	2/4		2/4	1/1	2/2	1/1		4/4	5/8	0/1	5/9				
Total 1975 à 1979	9/18	1/1	10/19	9/10	6/7	4/5	1/4	20/26	17/27	4/10	21/37				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1		0/1		1/3	1/4	2/2	2/3	4/5	0/1		0/1	
1976	1/1	0/1	1/2	0/1	1/2		1/2	2/5		2/2	2/2	1/1		1/1	
1977		1/1	1/1	2/2	1/1		1/1	4/4	5/5		5/5	1/1		1/1	
1978	2/3		2/3				1/1	1/1	2/2		2/2				
1979	3/3	1/1	4/4	0/1			1/1	1/2	3/4		3/4	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	7/8	2/3	9/11	2/4	2/4		5/8	9/16	12/13	4/5	16/18	3/4		3/4	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

ABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: PEDIATRIE (formation complète)

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				3/5	1/1		2/3	6/9	7/10	2/9	9/19		0/2	0/2	
1976	0/1		0/1	2/6	1/1	1/1	3/5	7/13	12/14	3/6	15/20		0/2	0/2	
1977	0/1		0/1	6/6	2/2		5/7	13/15	3/5	5/6	8/11		0/2	0/2	
1978				2/3	1/1	2/2	3/3	8/9	10/13	1/1	11/14				
1979				4/5	2/2	1/1	1/2	8/10	6/8	0/1	6/9				
Total 1975 à 1979	0/2		0/2	17/25	7/7	4/4	14/20	42/56	38/50	11/23	49/73		0/6	0/6	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: PEDIATRIE (formation partielle)

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/1		0/1	2/2		1/1	1/1	4/4	4/6	1/2	5/8				
1976				4/4		2/2		6/6	3/4	2/4	5/8	1/1		1/1	
1977				1/2	1/1		0/2	2/5	4/4		4/4	1/1		1/1	
1978				2/4	2/2		0/1	4/7	3/5		3/5				
1979				4/4				4/4	5/6	1/1	6/7	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	0/1		0/1	13/16	3/3	3/3	1/4	20/26	19/25	4/7	23/32	3/3		3/3	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : PHYSIATRIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976															
1977										1/1	1/1				
1978															
1979	1/1		1/1						2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	1/1		1/1						2/2	1/1	3/3				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: PNEUMOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	3/3	1/1	0/1		4/5		1/1	1/1				
1976	1/2		1/2		1/1		1/1	2/2	1/1		1/1				
1977				1/1			1/1	2/2	1/1	2/2	3/3				
1978		0/1	0/1	3/3	1/1		3/3	7/7	2/2		2/2				
1979	1/2		1/2	1/1		1/1	1/1	3/3	3/4		3/4				
Total 1975 à 1979	3/5	0/1	3/6	8/8	3/3	1/2	6/6	18/19	7/8	3/3	10/11				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des États-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification reconnandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: PSYCHIATRIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/1	1/1	1/2	8/9	7/8	1/1	6/8	22/26	10/11	0/1	10/12				
1976	1/2		1/2	6/7	1/2	2/2	8/9	17/20	4/7	0/3	4/10				
1977	2/3		2/3	9/11	0/1		3/5	12/17	11/14	1/1	12/15				
1978	0/1	0/2	0/3	8/8	0/1	2/2	5/9	15/20	4/8		4/8				
1979	1/1	1/1	2/2	10/11	1/2	2/2	2/2	15/17	9/10	1/1	10/11				
Total 975 à 1979	4/8	2/4	6/12	41/46	9/14	7/7	24/33	81/100	38/50	2/6	40/56				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 78% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME: RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975		0/1	0/1	3/3	2/2		2/3	7/8	7/11	1/3	8/14				
1976		0/1	0/1	8/9			4/6	12/15	9/16	1/1	10/17				
1977				5/5	1/1		1/3	7/9	14/18		14/18	1/1		1/1	
1978				3/3	1/2		1/3	5/8	5/9	1/1	6/10				
1979	1/1		1/1	6/6			4/5	10/11	6/6		6/6	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	1/1	0/2	1/3	25/26	4/5		12/20	41/51	41/60	3/5	44/65	2/2		2/2	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : RADIOTHERAPIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			TOTAL
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	
1975															
1976															
1977															
1978							1/1	1/1							
1979															
Total 1975 à 1979							1/1	1/1							

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : RHUMATOLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C (1)	U-A.P. (2)	Total	Qué. (3)	Can. (4)	U.S.A. (5)	A.P. (6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975							Q/1	0/1							
1976						0/1	0/1	0/2		1/1	1/1				
1977				2/2				2/2				2/2		2/2	
1978															
1979				1/1			1/1	2/2				1/2		1/2	
Total 75 à 1979				3/3		0/1	1/3	4/7		1/1	1/1	3/4		3/4	

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs)

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec..

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

PROGRAMME : UROLOGIE

	LAVAL (*)			Mc GILL					MONTREAL (*)			SHERBROOKE (*)			
	Q - C.(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	1/1	1/1	2/2	0/1	4/5							
1976							1/2	1/2		2/3	2/3				
1977	2/2		2/2	1/1				1/1	2/2	1/3	3/5				
1978	0/1		0/1	1/1	1/2			2/3	2/2	1/1	3/3				
1979		0/1	0/1	1/1	0/2			1/3	2/2	0/1	2/3				
Total 1975 à 1979	3/4	0/1	3/5	4/4	2/5	2/2	1/3	9/14	6/6	4/8	10/14				

1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
5) diplômés (m.d.) des Etats-Unis.
6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des Etats-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs

**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

TABLEAU SUCCES AUX EXAMENS DE CERTIFICATION DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS DU QUEBEC, APRES LA REPRISE DE FEVRIER (années 1975 à 1979, données provenant de la CPMQ.) **

ANNEXE X

Evaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés, puis entre le nombre de résidents, en moyenne par an, et le nombre d'hôpitaux agréés, par spécialité et par faculté

ANNEXE X Evaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés (P/H) puis entre le nombre de résidents en moyenne par an[1] et le nombre d'hôpitaux agréés (R/H) par spécialité et par faculté (listes des agréments de la C.P.M.C., 1978-1979).

	LAVAL		MC GILL		MONTREAL		SHERBROOKE	
SPECIALITES	P/H	R/H	P/H	R/H	P/H	R/H	P/H	R/H
Allergie	-	-	8/1	4/1	1/1	0/1	-	-
Anatomie-pathologie	15/6	7.5/6	49/9	12.2/9	10/7	12.3/7	4/1	2.8/1
Anesthésie-réanimation	27/6	15/6	96/10	29.4/10	80/8	18.6/8	12/1	1.8/1
Biochimie médicale	5/1	1/1	4/1	3.8/1	-	-	1/1	0.8/1
Cardiologie	11/5	7.5/5	14/4	12/4	31/7	22.6/7	1/1	1.8/1
Chirurgie C.V.T.	-	-	4/4	1.2/4	10/6	7/6	-	-
Chirurgie générale	46/6	32.4/6	105/10	82.6/10	100/6	60/6	24/4	13/4
Chirurgie orthopédique	14/6	6.6/6	10/8	21.6/8	26/7	15.8/7	6/1	2.4/1
Chirurgie plastique	-	-	4/3	6.4/3	9/6	7.4/6	-	-
Dermatologie	4/2	3.2/2	16/4	14.4/4	12/5	9.4/5	-	-
Endocrinologie	4/2	2/2	11/3	6.8/3	10/6	5.6/6	2/1	0.2/1
Gastro-entérologie	-	-	10/4	9.6/4	15/5	10.6/5	2/1	1.6/1
Hématologie	4/3	2.2/3	14/4	9.4/4	10/6	4.6/6	2/1	0.6/1
Médecine familiale	42/1	42/1	60/4	54/4	72/7	31.6/7	50/6	11/6
Médecine interne	55/6	42.6/6	149/7	141.8/7	120/5	42.6/5	10/1	21.6/1
Médecine nucléaire	-	-	6/3	2.4/3	6/3	2/3	1/1	0.4/1
Microbiologie médicale	4/4	2.4/4	6/3	3.4/3	12/3	8.4/3	1/1	0/1
Néphrologie	1/1	0.4/1	11/3	8.2/3	12/5	5/5	1/1	1.6/1
Neurochirurgie	4/2	2.4/2	12/3	11.6/3	6/5	3.2/5	2/1	1.4/1
Neurologie	4/2	0.8/2	22/4	20.4/4	14/6	5.2/6	4/1	2.4/1
Obstétrique gynécologie	24/6	15.8/6	40/7	18.2/7	40/5	20.4/5	4/2	1.8/2
Ophtalmologie	12/4	11/4	18/4	18.4/4	24/5	14.8/5	3/1	0.2/1
Oto-rhino-laryngologie	4/5	4.8/5	16/4	8.6/4	16/4	9.6/4	4/1	2.2/1
Pédiatrie	10/4	8.2/4	35/4	38.2/4	70/3	43/3	10/1	7/1
Physiatrie	4/6	0.6/4	-	-	6/4	2.8/4	-	-
Pneumologie	5/1	4/1	12/6	11.8/6	7/6	3.6/6	2/1	0.2/1
Psychiatrie	24/9	9.4/9	60/10	59.4/10	60/8	42/8	8/1	4.6/1
Radiologie diagnostique	8/6	2.4/6	40/5	12.8/5	50/7	26.8/7	6/1	3.8/1
Radiothérapie	1/1	0.4/1	4/2	1/2	8/3	0.8/3	1/1	0/1
Rhumatologie	-	-	7/2	6.2/2	4/4	2.8/4	6/1	2.2/1
Santé communautaire	24/5	11/5	9/4	9/4	4/4	3.5/4	-	-
Urologie	6/3	2.6/3	13/7	11/7	13/3	6.2/3	4/0	MAGILL

RAPPORT	1	3	10	1	6	1	12	0	7
RAPPORT	1.01 à 2	7	3	6	2	6	6	3	3
RAPPORT	2.02 à 3	6	1	4	4	7	3	3	3
RAPPORT	sup. à 3	8	4	20	14	13	8	15	8

(1) Achalandage des programmes de résidence (Annexe VIII).

Achevé d'imprimer à
Québec en mars 1982, sur
les presses du Service des impressions en régie
du Ministère des Communications
du Québec